

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**Кафедра української мови, психології та педагогіки**

**Магістерська робота**

**за спеціальністю 053 Психологія**

на тему: «Психологічні механізми подолання посттравматичного стресового розладу у ветеранів»

**Виконала** здобувачка вищої освіти

2 курсу, групи 1-24-277

I медичного факультету

спеціальності 053 Психологія

Кукал Інна Олегівна

**Керівник:** Ломакін Г.І., к. психол.н.,

доцент кафедри української мови,

психології та педагогіки

**Рецензенти:** Соколова І.М., д.психол.н.,

професор кафедри української мови,

психології та педагогіки;

Шейко А.О., к. психол.н., доцент кафедри

української мови, психології та педагогіки

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b>	<b>3</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ ПОДОЛАННЯ ПТСР У ВЕТЕРАНІВ</b>	<b>8</b>
1.1. Посттравматичний стресовий розлад як клініко-психологічний феномен	8
1.2. Психологічні наслідки бойової травматизації особистості	13
1.3. Психологічні механізми подолання стресу і травми	18
1.4. Психотерапевтичні підходи до подолання ПТСР	23
<b>Висновки до розділу 1</b>	<b>29</b>
<b>РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ ПОДОЛАННЯ ПТСР У ВЕТЕРАНІВ</b>	<b>31</b>
2.1. Організація та методика дослідження	31
2.2. Психодіагностичний інструментарій	32
2.3. Аналіз рівня вираженості симптомів ПТСР у ветеранів	35
2.4. Аналіз особливостей копінг-стратегій та механізмів подолання	39
2.5. Взаємозв'язок між вираженістю ПТСР та психологічними механізмами подолання	50
2.6. Психологічний профіль ветеранів із різним рівнем симптомів ПТСР	55
2.7. Практичні рекомендації	57
<b>Висновки до розділу 2</b>	<b>67</b>
<b>ВИСНОВКИ</b>	<b>70</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b>	<b>73</b>

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Повномасштабна війна в Україні зумовила різке зростання кількості осіб, які зазнали бойової травматизації, серед яких особливе місце посідають ветерани бойових дій. Досвід участі у військових операціях пов'язаний із впливом екстремальних стресорів – безпосередньою загрозою життю, пораненнями, втратою побратимів, морально складними рішеннями, свідченням руйнувань і людських страждань. Такі умови створюють високий ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який у сучасній клінічній психології розглядається як один із найбільш поширених наслідків психотравматичного впливу (B. van der Kolk, J. Herman, E. Foa, J. Briere).

ПТСР у ветеранів супроводжується комплексом емоційних, когнітивних, поведінкових і міжособистісних порушень: інтрузіями, униканням, гіперактивацією, негативними змінами в уявленнях про себе і світ, емоційною дисрегуляцією, соціальною ізоляцією. Дослідники (J. Herman, A. Beck, D. Clark) підкреслюють, що ці прояви істотно ускладнюють процес повернення до мирного життя, професійну реалізацію, сімейну адаптацію та соціальну інтеграцію. У вітчизняному контексті проблема психотравматизації військовослужбовців і ветеранів активно досліджується в межах психології травми, кризової та військової психології (Н. Панок, О. Кокур, Л. Карамушка, О. Блинова).

Водночас сучасні підходи у психології та психотерапії дедалі більше акцентують увагу не лише на симптоматиці ПТСР, а й на психологічних механізмах подолання травматичного досвіду. Дослідження копінг-процесів (R. Lazarus, S. Folkman), емоційної регуляції (J. Gross), резильєнтності (C. Connor, J. Davidson), психологічної гнучкості (S. Hayes), соціальної підтримки та посттравматичного зростання (R. Tedeschi, L. Calhoun) показують, що адаптація до травматичного досвіду визначається не лише тяжкістю стресора, а й ресурсними можливостями особистості. У цьому

контексті ПТСР розглядається як результат порушення регуляторних і адаптаційних механізмів, відновлення яких є важливим завданням психологічної допомоги.

Вивчення цих механізмів має принципове значення для розроблення ефективних програм психологічної підтримки ветеранів, орієнтованих не лише на редукцію симптомів, а й на відновлення внутрішніх і зовнішніх ресурсів, посилення резильєнтності, формування адаптивних стратегій подолання та сприяння інтеграції травматичного досвіду в життєву історію особистості.

Таким чином, дослідження психологічних механізмів подолання ПТСР у ветеранів є соціально значущим і науково обґрунтованим, що зумовлює актуальність обраної теми.

**Ступінь наукової розробленості проблеми.** Проблема посттравматичного стресового розладу широко представлена у працях зарубіжних і вітчизняних дослідників у межах клінічної психології, психотерапії та психотравматології. Теоретичні моделі ПТСР, запропоновані В. van der Kolk, Е. Фоа, А. Веєк, Ж. Нерман, описують механізми формування та підтримання розладу через порушення переробки травматичної пам'яті, негативні когнітивні схеми, емоційну дисрегуляцію та уникання. Значна увага приділяється ролі гіперактивації системи виявлення загрози, фрагментації спогадів і когнітивних спотворень.

Водночас у сучасних дослідженнях зростає інтерес до ресурсних аспектів подолання травми. Концепція резильєнтності (С. Коннор, Ж. Девідсон), теорія копіngu (Р. Лазарус, С. Фолкман), модель психологічної гнучкості (С. Найєс), дослідження соціальної підтримки та посттравматичного зростання (Р. Тедесчі, Л. Калхон) підкреслюють роль внутрішніх і зовнішніх ресурсів у процесі адаптації. В українській психології ці питання розробляються в контексті дослідження психічного здоров'я військовослужбовців, стресостійкості та психологічної підтримки ветеранів (О. Кокун, Н. Панок, Л. Карамушка).

Однак у вітчизняному емпіричному полі питання взаємозв'язку між вираженістю посттравматичної симптоматики та різними психологічними механізмами подолання у ветеранів бойових дій залишається недостатньо дослідженим. Потребує уточнення роль конкретних копінг-стратегій, емоційної регуляції, резильєнтності, соціальної підтримки й психологічної гнучкості у зниженні або підтриманні симптомів ПТСР, що визначає необхідність подальших наукових розвідок.

**Об'єкт дослідження** – посттравматичні психологічні стани ветеранів бойових дій.

**Предмет дослідження** – психологічні механізми подолання посттравматичного стресового розладу (копінг-стратегії, емоційна регуляція, резильєнтність, соціальна підтримка, психологічна гнучкість).

**Мета дослідження** – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні механізми подолання посттравматичного стресового розладу у ветеранів бойових дій.

#### **Завдання дослідження**

1. Проаналізувати наукові підходи до розуміння ПТСР та його психологічних механізмів.
2. Розкрити роль копінг-стратегій, емоційної регуляції, резильєнтності, соціальної підтримки та психологічної гнучкості у подоланні травматичного досвіду.
3. Дослідити рівень вираженості симптомів ПТСР у ветеранів бойових дій.
4. Визначити особливості використання копінг-стратегій і рівень ресурсних психологічних чинників у досліджуваній вибірці.
5. Встановити взаємозв'язки між вираженістю ПТСР і психологічними механізмами подолання.
6. Розробити практичні рекомендації щодо психологічної допомоги ветеранам.

**Гіпотеза дослідження.** Існує взаємозв'язок між рівнем вираженості симптомів ПТСР у ветеранів і характером психологічних механізмів подолання: вищий рівень резильєнтності, емоційної регуляції, соціальної підтримки та психологічної гнучкості, а також використання проблемно-орієнтованого копіngu пов'язані зі зниженням посттравматичної симптоматики, тоді як домінування стратегій уникання асоціюється з її посиленням.

**Методи дослідження.**

**Теоретичні методи:** аналіз, узагальнення, систематизація наукових джерел.

**Емпіричні методи:**

1. шкала IES-R для оцінки симптомів ПТСР;
2. опитувальник COPE для вивчення копінг-стратегій;
3. шкала резильєнтності CD-RISC;
4. шкала емоційної регуляції;
5. шкала соціальної підтримки;
6. шкала усвідомленості / психологічної гнучкості.

**Математико-статистичні методи:** описова статистика, кореляційний аналіз (коефіцієнт Пірсона).

**Наукова новизна.** У роботі здійснено комплексне емпіричне дослідження психологічних механізмів подолання ПТСР у ветеранів бойових дій, встановлено взаємозв'язки між посттравматичною симптоматикою та ресурсними психологічними чинниками, що поглиблює розуміння адаптаційних можливостей особистості в умовах бойової травматизації.

**Практичне значення.** Отримані результати можуть бути використані психологами, психотерапевтами та фахівцями з психосоціальної підтримки у розробленні програм допомоги ветеранам, спрямованих на розвиток навичок саморегуляції, зміцнення резильєнтності, активізацію соціальних ресурсів і зниження вираженості симптомів ПТСР.

**Структура роботи.** Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. У першому розділі розглянуто теоретичні засади дослідження ПТСР і механізмів його подолання. Другий розділ присвячено організації, методиці та результатам емпіричного дослідження, а також практичним рекомендаціям.

## РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ ПОДОЛАННЯ ПТСР У ВЕТЕРАНІВ

### 1.1. Посттравматичний стресовий розлад як клініко-психологічний феномен

Посттравматичний стресовий розлад є одним із найбільш значущих і водночас складних для діагностики та психологічного супроводу наслідків переживання психотравматичних подій. У клініко-психологічному вимірі ПТСР розглядають як стійкий комплекс симптомів, що виникає після контакту з подіями, які загрожували життю чи фізичній цілісності людини або інших осіб, супроводжувалися переживанням інтенсивного страху, жаху, безпорадності та різким порушенням відчуття безпеки. На відміну від короткочасних стресових реакцій, ПТСР характеризується тривалою симптоматикою, тенденцією до хроніфікації та значним впливом на особистісне функціонування, міжособистісні стосунки, професійну діяльність і загальну якість життя [12].

У сучасній психіатричній та клініко-психологічній традиції ПТСР визначається в межах міжнародних класифікацій (DSM-5, МКХ-11), що підкреслюють багатовимірність розладу і необхідність комплексного підходу до його аналізу. Хоча критерії цих систем відрізняються деталізацією, спільним є розуміння ПТСР як розладу, у якому ключову роль відіграють механізми патологічного «закріплення» травматичного досвіду в пам'яті та порушення регуляції психофізіологічних реакцій на сигнали небезпеки. Унаслідок цього людина ніби продовжує жити в умовах постійної загрози, навіть коли реальна небезпека минула. Саме ця «травматична актуальність» досвіду стає центральним клініко-психологічним ядром ПТСР [5].

Клінічна картина посттравматичного стресового розладу традиційно описується через кілька взаємопов'язаних груп симптомів, що відображають

порушення процесів переробки травматичного досвіду, регуляції емоцій та функціонування системи безпеки організму [27].

По-перше, це симптоми повторного переживання (інтрузії). У цьому випадку травматичні спогади втрачають характер минулого досвіду і набувають нав'язливого, неконтрольованого характеру. Вони можуть виникати у вигляді флешбеків, нічних кошмарів, раптових яскравих образів, тілесних відчуттів або потужних емоційних хвиль. Важливо підкреслити, що інтрузії не є звичайним довільним згадуванням подій. Вони супроводжуються ефектом «перенесення в ситуацію», коли людина суб'єктивно переживає травматичну подію як таку, що відбувається тут і тепер [16]. Це супроводжується інтенсивними афективними реакціями – страхом, безпорадністю, жахом – а також вираженими соматичними проявами: тахікардією, пітливістю, м'язовою напругою, порушенням дихання. З психологічної точки зору інтрузії відображають фрагментованість травматичної пам'яті, коли сенсорні, емоційні та тілесні компоненти досвіду не інтегровані в цілісну автобіографічну історію, а тому «прориваються» у свідомість у вигляді окремих елементів.

По-друге, характерним компонентом ПТСР є уникнення. Це свідоме або частково автоматизоване прагнення мінімізувати контакт із будь-якими нагадуваннями про травматичну подію. Уникнення може стосуватися як зовнішніх стимулів – певних місць, людей, розмов, звуків, запахів, ситуацій, – так і внутрішніх переживань: думок, спогадів, емоційних станів, тілесних відчуттів. Психологічно уникнення виконує функцію тимчасового зниження емоційного болю, проте водночас воно є одним із ключових механізмів підтримання розладу. Уникання перешкоджає природній переробці травматичного досвіду, звужує поведінковий репертуар, обмежує життєвий простір людини, сприяє соціальній ізоляції та закріплює відчуття небезпеки [1]. У довготривалій перспективі це призводить до зниження якості життя, втрати інтересів, труднощів у міжособистісних стосунках і формування стійких дезадаптивних стратегій реагування.

По-третє, у структурі ПТСР важливе місце посідають симптоми гіперактивації (гіперзбудження). Вони проявляються підвищеною настороженістю, дратівливістю, порушенням сну, різкими реакціями переляку, труднощами концентрації уваги, відчуттям постійної напруги в тілі. У клініко-психологічному плані ці прояви пов'язані з порушенням роботи системи виявлення загрози: психіка і нервова система функціонують так, ніби небезпека досі триває. Механізми «боротьби або втечі» залишаються хронічно активованими, що призводить до виснаження ресурсів організму, соматичних скарг, підвищеної втомлюваності та емоційної нестабільності. У цьому стані навіть нейтральні стимули можуть інтерпретуватися як потенційна загроза, що підтримує відчуття небезпеки та перешкоджає відновленню [14].

Важливо підкреслити, що зазначені групи симптомів не існують ізольовано, а перебувають у тісному взаємозв'язку. Інтрузії підвищують рівень напруги, напруга посилює гіперактивацію, а уникнення стає спробою впоратися з інтенсивністю переживань. Таким чином формується замкнене коло, яке підтримує посттравматичний стан і ускладнює спонтанне одужання без спеціалізованої психологічної допомоги [1].

Окремий і принципово важливий компонент клінічної картини ПТСР становлять негативні зміни в когніціях і настрої, які відображають глибинні трансформації у способі сприйняття себе, інших людей та навколишнього світу. На відміну від інтрузій чи гіперактивації, що мають більш «реактивний» характер, ці зміни часто є більш стійкими, дифузними та впливають на цілісну систему особистісних уявлень [22].

До цієї групи симптомів належать стійкі негативні переконання про себе, такі як «я слабкий», «я не впорався», «я винен у тому, що сталося», «зі мною щось не так». Такі установки можуть формуватися внаслідок пережитих ситуацій безпорадності, втрат, загибелі побратимів, морально складних рішень у бойових умовах. У структурі особистості ці переконання часто супроводжуються хронічним почуттям провини, сорому,

самозвинувачення, що посилює емоційний дистрес і перешкоджає відновленню самооцінки [17].

Не менш значущими є негативні уявлення про інших людей і соціальний світ: «людям не можна довіряти», «ніхто не зрозуміє», «світ небезпечний», «безпека – ілюзія». У контексті військового досвіду такі переконання можуть мати адаптивну функцію в умовах загрози, проте після повернення до мирного життя вони стають дезадаптивними, оскільки ускладнюють встановлення довірливих стосунків, знижують відкритість до соціальної підтримки та сприяють ізоляції.

Емоційний компонент цього блоку проявляється через емоційне оніміння, зниження здатності переживати позитивні емоції, відчуття внутрішньої порожнечі або відстороненості. Людина може відзначати, що «нічого не радує», «раніше важливі речі втратили сенс», «я ніби спостерігаю за життям збоку». Таке звуження емоційного спектра часто є захисною реакцією на надмірну інтенсивність травматичних переживань, проте водночас воно знижує якість життя, ускладнює підтримання близьких стосунків і може сприяти формуванню депресивних тенденцій [8].

У ветеранів негативні зміни в когніціях і настрої нерідко проявляються через втрату довіри до цивільного середовища, відчуття «розриву» між досвідом війни та мирним життям, переживання того, що їх не розуміють. Це може супроводжуватися посиленням внутрішньої відстороненості, труднощами повернення до попередніх соціальних ролей (професійних, сімейних), зниженням мотивації до активної участі в соціальному житті. У близьких взаєминах такі зміни можуть проявлятися у вигляді емоційної холодності, дратівливості, конфліктності, труднощів у вираженні почуттів, що підвищує ризик сімейної напруги та соціальної ізоляції [9].

З психологічної точки зору негативні когнітивно-емоційні зміни виконують подвійний механізм: з одного боку, вони відображають спробу психіки осмислити травматичний досвід, з іншого – можуть фіксувати особистість у стані постійної небезпеки, безнадії та недовіри. Саме тому

робота з переконаннями, почуттям провини і сорому, відновлення здатності до переживання позитивних емоцій і формування безпечних стосунків є важливими напрямками психологічної допомоги ветеранам із ПТСР.

У клініко-психологічному аналізі важливо враховувати, що ПТСР є не лише набором симптомів, а порушенням цілісної системи психічної регуляції. Травматичний досвід змінює спосіб обробки інформації, функціонування пам'яті, уваги, емоційного реагування та поведінкових стратегій. У межах когнітивних моделей ПТСР наголошується, що центральним механізмом є формування дисфункційних травматичних переконань і стійких інтерпретацій подій як таких, що продовжують загрожувати особистості [16]. Нейропсихологічні підходи доповнюють це розуміння, підкреслюючи роль дисбалансу між системами емоційної реактивності та контролю: підвищена активність структур, пов'язаних зі страхом і загрозою, поєднується зі зниженням здатності до когнітивної регуляції й інтеграції переживання в біографічний наратив.

Для ветеранів бойових дій ПТСР має низку специфічних аспектів, що обумовлені характером травматизації. Бойова травма часто є повторюваною, кумулятивною і включає не лише прямі загрози життю, але й досвід втрат, свідчення смерті, моральні дилеми, необхідність приймати швидкі рішення в умовах небезпеки. Унаслідок цього симптоматика ПТСР у ветеранів може ускладнюватися проявами так званої комплексної травматизації: глибшими порушеннями емоційної регуляції, негативною самооцінкою, труднощами в довірі й близькості, а також підвищеним ризиком коморбідних станів – депресивних реакцій, тривожних розладів, соматизації, проблем із вживанням психоактивних речовин або поведінкових залежностей. Повернення до мирного життя нерідко актуалізує контраст між «бойовою» і «цивільною» ідентичністю, що може посилювати відчуття відчуження і підтримувати симптоми уникнення та гіперзбудження [9].

Особливу увагу в аналізі ПТСР як феномену слід приділяти диференціації його від нормативних реакцій на стрес. Переживання тривоги,

напруги, порушення сну чи підвищеної реактивності в перші тижні після травми може бути частиною гострої стресової реакції та природного процесу адаптації. Клінічно значущим ПТСР стає тоді, коли симптоми зберігаються тривало, порушують функціонування, мають тенденцію до посилення або не зменшуються попри завершення реальної загрози. У практиці важливо враховувати також культурний і соціальний контекст: стигма психологічної допомоги, уявлення про «силу» та «витривалість» можуть впливати на готовність ветеранів визнавати симптоми й звертатися по підтримку, що сприяє хроніфікації розладу [7].

Таким чином, посттравматичний стресовий розлад у клініко-психологічному розумінні є складним багаторівневим порушенням, що поєднує нав'язливе повторне переживання травми, уникнення нагадувань, хронічне гіперзбудження та стійкі негативні зміни у когнітивно-емоційній сфері. У ветеранів бойових дій ПТСР часто набуває ускладнених форм через кумулятивність травматичного досвіду, втрати, моральні конфлікти та труднощі реадaptaції. Саме тому подальше дослідження психологічних механізмів подолання ПТСР у ветеранів є необхідним як для теоретичного уточнення моделей травматичного стресу, так і для розроблення ефективних стратегій психологічної допомоги та підтримки відновлення.

## **1.2. Психологічні наслідки бойової травматизації особистості**

Бойова травматизація є особливим різновидом психотравмувального досвіду, що відрізняється інтенсивністю, тривалістю, повторюваністю та екстремальністю умов, у яких він формується. На відміну від поодиноких травматичних подій, бойовий досвід часто має кумулятивний характер і включає постійне перебування в умовах загрози життю, свідчення загибелі та поранень, втрати побратимів, необхідність швидкого прийняття рішень у ситуаціях морального вибору. Унаслідок цього бойова травматизація впливає

не лише на окремі психічні функції, а на цілісну структуру особистості, її систему цінностей, уявлення про себе, інших людей і світ загалом.

Одним із провідних напрямів змін у структурі посттравматичних порушень є трансформація емоційної сфери. У ветеранів часто спостерігається підвищена емоційна напруженість, тривожність, дратівливість, схильність до різких афективних реакцій. Емоційна система ніби «переналаштовується» на постійну готовність до небезпеки, що проявляється у стійкому внутрішньому напруженні, труднощах розслаблення, відчутті мобілізованості навіть у безпечних умовах. Нейрофізіологічно це пов'язано з гіперактивацією системи виявлення загрози, коли реакції тривоги стають хронічними й слабо залежать від реального контексту [14].

Водночас у частини ветеранів формується феномен емоційного оніміння – зниження інтенсивності позитивних переживань, відчуття внутрішньої порожнечі, труднощі у вираженні почуттів, втрата здатності переживати радість, тепло, близькість. Таким чином виникає емоційна амбівалентність: гіперреактивність щодо загрозових або негативних стимулів поєднується зі зниженою чутливістю до позитивних [4]. Це суттєво ускладнює міжособистісні взаємини, знижує задоволеність життям і перешкоджає адаптації до мирного середовища.

Не менш значущими є зміни у когнітивній сфері. Травматичний досвід впливає на базові переконання особистості, формуючи стійкі негативні когнітивні схеми. У ветеранів можуть закріплюватися уявлення про світ як небезпечний і непередбачуваний, про людей як потенційно загрозових або ненадійних, про себе як «зламаного», «винного», «нездатного жити нормально». Такі переконання часто супроводжуються когнітивними спотвореннями – катастрофізацією, гіперузагальненням, чорно-білим мисленням, вибірковою увагою до сигналів загрози [9]. У сукупності це підтримує стан постійної настороженості, перешкоджає відновленню почуття базової безпеки та знижує довіру до оточення.

Особливе місце займає феномен моральної травми, що дедалі частіше розглядається у контексті бойового досвіду. Йдеться про глибокі внутрішні конфлікти, пов'язані з переживанням ситуацій, які суперечать власним моральним нормам або базовим уявленням про справедливість, людяність і цінність життя. Моральна травма може супроводжуватися почуттям провини, сорому, самозасудженням, кризою ідентичності, втратою сенсу. Психологічно вона поглиблює негативні уявлення про себе, посилює ризик депресивних станів, соціальної ізоляції та самодеструктивних тенденцій [11].

На поведінковому рівні бойова травматизація часто проявляється через формування дезадаптивних стратегій реагування. Серед них – уникання соціальних контактів, звуження кола активностей, надмірний контроль оточення, імпульсивність, схильність до агресивних реакцій, труднощі дотримання мирних соціальних норм. Частина ветеранів продовжує використовувати «бойові» моделі поведінки (підвищена пильність, готовність до силового реагування) у цивільному середовищі, де вони стають неадаптивними. У деяких випадках спостерігається звернення до алкоголю чи інших психоактивних речовин як способу тимчасового зниження внутрішньої напруги, що створює ризик формування залежностей [8].

Суттєвих змін зазнає міжособистісна сфера. Ветерани можуть відчувати труднощі в довірі, емоційній відкритості, близькості, що ускладнює подружні та сімейні стосунки. Часто виникає відчуття, що «цивільні не зрозуміють», що поглиблює соціальну дистанцію та підтримує ізоляцію. Водночас зберігається сильна прив'язаність до бойового братерства, яке виступає джерелом підтримки, але також підкреслює розрив між досвідом війни і мирного життя, ускладнюючи процес реінтеграції.

Бойова травматизація впливає також на ідентичність особистості. Досвід війни стає значущою частиною життєвої історії, що змінює систему цінностей, ставлення до ризику, смерті, сенсу життя. Для частини ветеранів характерна криза переходу від ролі військового до ролі цивільної особи, що супроводжується відчуттям втрати чіткої структури, мети, статусу. Цей

перехід часто стає додатковим стресором і може посилювати симптоматику ПТСР, якщо не підтриманий психологічною та соціальною допомогою [24].

Водночас важливо підкреслити, що наслідки бойової травматизації не є однозначно деструктивними. Поряд із посттравматичними порушеннями у частини ветеранів можуть спостерігатися прояви посттравматичного зростання – феномена, що відображає позитивні психологічні зміни, які виникають у результаті подолання екстремального досвіду. Йдеться не про «відсутність травми», а про якісну трансформацію особистості, що відбувається через переосмислення пережитого [9].

Одним із напрямів такого зростання є поглиблення ціннісних орієнтацій. Досвід війни часто сприяє перегляду життєвих пріоритетів: підвищується значущість міжособистісних стосунків, родини, людяності, підтримки, зменшується фокус на матеріальних досягненнях або соціальному статусі. Людина починає інакше оцінювати власний час, можливість жити, спілкуватися, бути корисною.

Важливим компонентом посттравматичного зростання є зростання особистісної зрілості та відчуття внутрішньої сили. Переживання складних ситуацій може формувати відчуття «я здатен витримати більше, ніж думав», підвищувати толерантність до невизначеності, розвивати здатність до саморегуляції в кризових умовах. У частини ветеранів формується глибше розуміння власних можливостей і меж, що сприяє більш усвідомленому ставленню до життя [1].

Ще одним аспектом є посилення відчуття сенсу. Після зіткнення з граничними ситуаціями життя і смерті людина може шукати нові відповіді на питання «для чого жити», «що для мене справді важливо». Це може проявлятися у прагненні бути корисним, займатися волонтерством, підтримувати інших ветеранів, брати участь у суспільно значущій діяльності. Таким чином травматичний досвід інтегрується у життєву історію як джерело нових смислів [13].

Також можливий розвиток емпатії, співчуття та відповідальності. Переживши власний біль і втрати, людина може стати більш чутливою до страждань інших, готовою підтримувати, захищати, брати на себе соціальну відповідальність. Це розширює соціальну залученість і сприяє відновленню почуття приналежності.

Водночас посттравматичне зростання не означає відсутності труднощів. Воно часто співіснує з симптомами ПТСР, тривожністю, емоційною напруженістю, внутрішніми конфліктами. Це відображає складність і багатовимірність реакцій на травму: позитивні зміни можуть виникати паралельно з болем, втратами та психоемоційними порушеннями. Таким чином, посттравматичне зростання слід розглядати не як протилежність дистресу, а як процес трансформації, що розгортається на тлі подолання травматичного досвіду [8].

З психологічної точки зору це підкреслює важливість ресурсно-орієнтованого підходу в роботі з ветеранами: поряд із редукцією симптомів необхідно підтримувати процеси осмислення досвіду, відновлення цінностей, формування нових життєвих орієнтирів, що сприяють інтеграції травми в особистісну історію без втрати цілісності «Я».

Отже, бойова травматизація має глибокий і багаторівневий вплив на особистість ветерана. Вона змінює емоційне реагування, когнітивні структури, поведінкові стратегії, міжособистісні взаємини та ідентичність. Сукупність цих змін створює психологічне підґрунтя для розвитку ПТСР і водночас визначає специфіку механізмів подолання, що формуються у ветеранів. Розуміння цих наслідків є необхідною передумовою для дослідження психологічних ресурсів і стратегій, які сприяють відновленню адаптації та психічної рівноваги після пережитої бойової травми.

### 1.3. Психологічні механізми подолання стресу і травми

Проблема подолання стресу і травматичного досвіду посідає центральне місце у клінічній та консультативній психології, оскільки саме від особливостей психологічних механізмів реагування значною мірою залежить, чи набуде пережита подія характеру хронічної психотравми, чи буде інтегрована в досвід особистості без суттєвого порушення її функціонування. У цьому контексті ключовим є поняття психологічного подолання, яке описує сукупність внутрішніх і зовнішніх зусиль людини, спрямованих на регуляцію вимог ситуації та власних емоційних станів у відповідь на стрес [32].

У сучасній психології подолання (coping) розглядається як динамічний процес, що включає когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти. Це не фіксована риса особистості, а спосіб взаємодії з труднощами, який може змінюватися залежно від контексту, досвіду, доступних ресурсів і суб'єктивної оцінки ситуації. В основі копінгу лежить оцінка події як загрозової, контрольованої або неконтрольованої, а також уявлення про власні можливості впоратися з нею. У разі травматичного досвіду, коли ситуація часто сприймається як така, що виходить за межі контролю, особливого значення набувають ті механізми подолання, які дозволяють відновити відчуття впливу на власний стан і життєву ситуацію [27].

Традиційно виділяють кілька основних груп копінг-стратегій. Проблемно-орієнтовані стратегії спрямовані на зміну самої ситуації або активний пошук способів її вирішення. Вони включають планування, аналіз проблеми, пошук інформації, звернення по допомогу, прийняття рішень, активні дії. У контексті подолання наслідків травми це може проявлятися у зверненні до фахівців, участі в реабілітаційних програмах, відновленні соціальних ролей, пошуку нових життєвих цілей. Такі стратегії зазвичай

пов'язані з більш сприятливим психологічним функціонуванням, оскільки сприяють відчуттю контролю та підвищують самоефективність [35].

Емоційно-орієнтовані стратегії спрямовані не стільки на зміну ситуації, скільки на регуляцію емоційної реакції на неї. До них належать прийняття переживань, пошук емоційної підтримки, переосмислення події, гумор, духовні практики, самозаспокоєння. У випадку травми ці стратегії можуть допомагати знижувати інтенсивність негативних емоцій, поступово інтегрувати досвід і відновлювати внутрішню рівновагу. Водночас надмірна зосередженість на емоціях без переходу до активних дій може підтримувати стан застрягання у переживанні [27].

Окрему групу становлять стратегії уникнення, що передбачають відхід від контакту з проблемою або пов'язаними з нею емоціями. Вони можуть проявлятися у запереченні, відволіканні, ізоляції, вживанні психоактивних речовин, надмірному зануренні в роботу чи інші активності. У короткостроковій перспективі уникнення може тимчасово знижувати рівень напруги, однак у довгостроковій – часто підтримує симптоми ПТСР, оскільки перешкоджає переробці травматичного досвіду і закріплює страх перед нагадуваннями про травму. Таким чином, уникнення розглядається як один із ключових чинників хроніфікації посттравматичних розладів [9].

Поряд із копінг-стратегіями важливу роль у реагуванні на травму відіграють захисні механізми психіки. На відміну від усвідомлених способів подолання, психологічні захисти функціонують переважно на несвідомому рівні та спрямовані на зниження внутрішнього конфлікту й тривоги. До них належать витіснення, заперечення, раціоналізація, проєкція, ізоляція афекту, інтелектуалізація та інші. У контексті травматичного досвіду захисні механізми можуть виконувати стабілізуючу функцію, дозволяючи особистості тимчасово дистанціюватися від надмірно болісних переживань. Проте за умов їх надмірної ригідності або домінування вони перешкоджають усвідомленню і інтеграції досвіду, сприяючи формуванню емоційного оніміння, відчуження та порушенню контакту із власними почуттями.

Особливе значення серед психологічних механізмів подолання має емоційна регуляція. Вона охоплює процеси розпізнавання, усвідомлення, прийняття, вираження та модифікації емоційних станів відповідно до вимог ситуації. У осіб, які пережили травму, часто спостерігаються труднощі в емоційній регуляції: надмірна інтенсивність афектів, труднощі їх вербалізації, імпульсивні реакції або, навпаки, пригнічення і відчуження від емоцій [19]. Розвиток навичок емоційної регуляції – здатності витримувати сильні почуття, не уникаючи їх, і обирати адаптивні способи реагування – є одним із ключових напрямів психологічної допомоги при ПТСР.

Емоційна регуляція тісно пов'язана з такими процесами, як усвідомленість, когнітивна переоцінка, самоспівчуття. Когнітивна переоцінка дозволяє змінювати інтерпретацію події, знижуючи її загрозливість, тоді як усвідомленість сприяє спостереженню за внутрішніми станами без автоматичного залучення в них. Самоспівчуття зменшує самокритику і почуття провини, що особливо важливо у випадках моральної травми [20].

Таким чином, психологічні механізми подолання стресу і травми включають як усвідомлені копінг-стратегії, так і несвідомі захисні процеси та системи емоційної регуляції. Їх поєднання визначає індивідуальний шлях реагування на травматичний досвід [1]. Адаптивні механізми сприяють інтеграції пережитого, відновленню відчуття контролю і зниженню симптоматики ПТСР, тоді як домінування уникнення, ригідних захистів і порушеної емоційної регуляції підвищує ризик хроніфікації розладу. Розуміння цих механізмів є теоретичною основою для дослідження психологічних ресурсів подолання у ветеранів.

У дослідженні психологічних механізмів подолання посттравматичного стресового розладу особливе місце посідає аналіз ресурсних чинників, які сприяють зменшенню інтенсивності симптоматики, підвищенню адаптаційних можливостей і відновленню психічної рівноваги. На відміну від патогенетично орієнтованого підходу, що зосереджується на порушеннях, ресурсний підхід акцентує увагу на внутрішніх і зовнішніх можливостях

особистості, здатних підтримувати її у складних життєвих умовах. У випадку ветеранів бойових дій ці ресурси відіграють ключову роль у процесах реадаптації, інтеграції травматичного досвіду та відновлення соціального функціонування.

Одним із центральних ресурсів подолання ПТСР є резильєнтність. Її розглядають як динамічну здатність особистості зберігати або відновлювати психологічну рівновагу після впливу стресових і травматичних подій. Резильєнтність включає такі компоненти, як внутрішнє відчуття контролю, віра у власну ефективність, здатність до гнучкого мислення, толерантність до невизначеності та наявність позитивних міжособистісних зв'язків [37]. У ветеранів з вищим рівнем резильєнтності частіше спостерігається менша вираженість симптомів ПТСР, краща емоційна регуляція та активніше використання адаптивних копінг-стратегій. Важливо підкреслити, що резильєнтність не означає відсутність страждання, а радше здатність продовжувати функціонувати та знаходити шляхи відновлення попри наявні труднощі.

Тісно пов'язаним із резильєнтністю є поняття психологічної гнучкості. Воно відображає здатність людини зберігати контакт із теперішнім моментом, усвідомлювати власні переживання, не уникаючи їх, і водночас обирати поведінку, що відповідає особистісним цінностям. Психологічна гнучкість передбачає готовність переживати складні емоції без надмірного злиття з ними та без ригідного уникання [9]. У контексті ПТСР вона є протилежністю ригідним реакціям, таким як постійне уникнення, застрягання в травматичних переконаннях або імпульсивні способи зниження напруги. Ветерани з більшою психологічною гнучкістю здатні поступово інтегрувати травматичний досвід у власну життєву історію, зберігаючи активність і залученість у значущі сфери життя.

Важливим ресурсом є усвідомленість (майндфулнес), що визначається як здатність свідомо спрямовувати увагу на поточний досвід із позиції прийняття і неосудливого спостереження. Усвідомленість допомагає

зменшити автоматизм реакцій на тригери, послаблює тенденцію до румінацій і катастрофічних інтерпретацій, сприяє кращому розпізнаванню тілесних та емоційних сигналів [2]. Для осіб із ПТСР майндфулнес створює можливість перебувати в контакті з внутрішніми станами, не уникаючи їх і водночас не втрачаючи відчуття теперішнього моменту. Це знижує інтенсивність інтрузивних переживань і підтримує розвиток навичок емоційної регуляції. У практиці психологічної допомоги техніки усвідомленості часто інтегруються в програми роботи з травмою як засіб відновлення саморегуляції.

Соціальна підтримка є одним із найбільш значущих зовнішніх ресурсів подолання ПТСР. Вона охоплює емоційну, інструментальну, інформаційну та оцінювальну допомогу, яку людина отримує від близьких, друзів, колег, професійної спільноти [31]. Для ветеранів особливу роль відіграє підтримка з боку родини, побратимів і фахівців, оскільки вона сприяє зниженню відчуття ізоляції, нормалізації переживань і відновленню довіри до людей. Соціальна підтримка виконує буферну функцію, пом'якшуючи вплив стресу на психіку, а також опосередковує ефективність інших ресурсів, таких як резильєнтність і копінг-стратегії. Водночас її відсутність або негативний соціальний досвід можуть посилювати симптоматику ПТСР і ускладнювати процес реадптації.

Окреме значення у подоланні травми мають смисложиттєві орієнтації. Травматичний досвід часто порушує базові уявлення про сенс життя, справедливість, майбутнє, що може призводити до екзистенційної кризи. Наявність чітких життєвих цінностей, відчуття значущості власного досвіду, бачення перспективи та мети сприяють інтеграції пережитого і зниженню дезорганізуючого впливу травми. У ветеранів відновлення або переосмислення життєвого сенсу може відбуватися через участь у соціально значущій діяльності, волонтерстві, наставництві, підтримці інших. Сміслова сфера виконує інтегративну функцію, поєднуючи травматичний досвід із загальною життєвою історією особистості та зменшуючи відчуття хаосу й безпорадності.

Таким чином, ресурсні чинники подолання ПТСР формують багаторівневу систему підтримки психологічного відновлення. Резильєнтність забезпечує стійкість і здатність до відновлення, психологічна гнучкість – адаптивність реагування, усвідомленість – регуляцію уваги та емоцій, соціальна підтримка – зовнішню опору, а смисложиттєві орієнтації – екзистенційне підґрунтя для інтеграції досвіду. Їх поєднання створює умови для зниження симптоматики ПТСР, підвищення адаптації та формування конструктивного життєвого шляху після пережитої бойової травми.

#### **1.4. Психотерапевтичні підходи до подолання ПТСР**

Посттравматичний стресовий розлад належить до тих психічних порушень, у яких психологічна допомога відіграє провідну роль, оскільки симптоматика ПТСР тісно пов'язана з особливостями обробки досвіду, емоційної регуляції, когнітивних інтерпретацій і поведінкових стратегій. У сучасній практиці сформувався ряд психотерапевтичних підходів, ефективність яких у роботі з травмою підтверджена клінічними дослідженнями та практичним досвідом. Хоча ці підходи відрізняються теоретичними засадами та техніками, їх об'єднує спрямованість на інтеграцію травматичного досвіду, зниження інтенсивності симптомів і відновлення адаптивного функціонування особистості [35].

Одним із найбільш досліджених і клінічно апробованих напрямів допомоги при ПТСР є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Її ефективність підтверджена значною кількістю емпіричних досліджень, що робить цей підхід базовим у міжнародних протоколах лікування посттравматичних розладів. У контексті ПТСР когнітивно-поведінковий підхід ґрунтується на уявленні, що симптоматика підтримується взаємодією трьох ключових чинників: дисфункційних переконань, катастрофічних інтерпретацій травматичної події та стійких патернів унікальної поведінки [20].

Травматичний досвід порушує базові уявлення про безпеку, контроль і передбачуваність світу, що призводить до формування жорстких когнітивних схем, пов'язаних із небезпекою, беспорядністю, провиною, недовірою. Такі переконання («я не впорався», «світ небезпечний», «нікому не можна довіряти») визначають інтерпретацію поточних подій, підтримують тривожність і сприяють виникненню інтрузій та гіперактивації. Водночас уникання – поведінкове, когнітивне або емоційне – виконує функцію короткочасного зниження напруги, проте в довготривалій перспективі перешкоджає природній переробці досвіду, обмежує життєву активність і закріплює симптоми [17].

КПТ спрямована на системну зміну цих механізмів. На першому етапі здійснюється психоосвіта щодо природи травматичних реакцій, що допомагає клієнту зрозуміти закономірність власних переживань і зменшити відчуття «патологічності». Далі проводиться виявлення негативних автоматичних думок і глибинних переконань, які лежать в основі дистресу. За допомогою когнітивної реструктуризації клієнт навчається аналізувати докази, переглядати катастрофічні інтерпретації, формувати більш реалістичні й адаптивні уявлення.

Паралельно значна увага приділяється розвитку навичок саморегуляції – контролю дихання, м'язової релаксації, управління увагою, що дозволяє знижувати фізіологічну активацію. Важливим компонентом є поступове безпечне зіткнення (експозиція) з травматичними спогадами або нагадуваннями, що сприяє зменшенню емоційної реактивності та руйнує зв'язок між спогадом і відчуттям невідвортної загрози [8]. У результаті травматичний досвід інтегрується у життєву історію, втрачаючи свою домінуючу, дезорганізуючу роль.

Близьким за спрямованістю є травмофокусована терапія, що об'єднує різні модифікації психотерапевтичної роботи, у центрі якої – безпосередня обробка травматичних спогадів. Її теоретична основа полягає в тому, що фрагментованість травматичної пам'яті та поведінкове уникання

підтримують посттравматичні симптоми, тоді як структуроване, контрольоване звернення до досвіду сприяє його інтеграції. У процесі терапії клієнт у безпечному середовищі відтворює, описує, осмислює події, що дозволяє знизити емоційну інтенсивність спогадів і включити їх у цілісний життєвий наратив [41].

Ключовою умовою ефективності є поетапність терапії: перед глибинною роботою з травмою здійснюється стабілізація, формування навичок саморегуляції, зміцнення ресурсів і відчуття безпеки. Такий підхід запобігає перевантаженню психіки та підвищує здатність клієнта витримувати контакт із травматичними переживаннями. У підсумку травмофокусована робота дозволяє зменшити інтенсивність інтрузій, тривоги, уникання й сприяє відновленню цілісності особистісного досвіду [28].

Окреме місце в лікуванні ПТСР посідає метод десенсибілізації та репроцесингу рухами очей (EMDR), який належить до травмофокусованих підходів із доведеною ефективністю. Його теоретичним підґрунтям є модель адаптивної переробки інформації, відповідно до якої психіка в нормі має природну здатність інтегрувати життєвий досвід у цілісну систему пам'яті. Однак надмірно інтенсивні або шоківі події можуть перевищувати регуляторні можливості нервової системи, унаслідок чого травматичний досвід залишається «застиглим» у вигляді ізольованих сенсорних, емоційних і когнітивних фрагментів. Саме ці фрагменти згодом активуються у вигляді інтрузій, тілесних реакцій і негативних переконань.

Під час терапії клієнт одночасно утримує в увазі травматичний спогад, пов'язані з ним емоції, тілесні відчуття та негативні переконання, виконуючи при цьому двобічну стимуляцію – рухи очей, ритмічні тактильні або звукові сигнали. Така стимуляція, за теоретичною моделлю методу, активує нейропсихологічні механізми переробки інформації, подібні до тих, що відбуваються під час фази швидкого руху очей у сні. У результаті

відбувається зниження емоційної насиченості спогаду, зміна його когнітивного значення та інтеграція у загальну автобіографічну пам'ять.

EMDR дозволяє зменшити інтенсивність інтрузій, страху, тілесної напруги, а також трансформувати дезадаптивні переконання («я безпорадний», «я винен», «світ небезпечний») у більш адаптивні. Важливо, що метод не потребує детального раціонального аналізу кожного аспекту події, що може бути особливо цінним для ветеранів, яким складно вербалізувати пережитий досвід [40]. Разом із тим обов'язковими умовами є попередня стабілізація, формування відчуття безпеки та розвиток ресурсів, щоб запобігти надмірній емоційній активації.

Важливим напрямом допомоги ветеранам із ПТСР є тілесно-орієнтовані підходи, які ґрунтуються на розумінні, що травматичний досвід фіксується не лише на когнітивному, а й на соматичному рівні. Травма порушує регуляцію автономної нервової системи, що проявляється хронічним м'язовим напруженням, поверхневим або неритмічним диханням, підвищеною тілесною настороженістю, труднощами розпізнавання внутрішніх сигналів [25]. У багатьох випадках людина втрачає відчуття безпеки у власному тілі, сприймаючи тілесні відчуття як загрозливі.

Тілесно-орієнтована терапія спрямована на відновлення контакту з тілом, регуляцію збудження нервової системи, формування здатності усвідомлювати та толерувати тілесні відчуття без надмірної реактивності. Через роботу з диханням, рухом, м'язовою релаксацією, тілесною усвідомленістю, техніками заземлення і стабілізації поступово знижується рівень гіперактивації, відновлюється відчуття контролю та безпеки [1]. Така робота створює фізіологічну основу для подальшої психологічної обробки травматичного досвіду, оскільки зменшує інтенсивність автоматичних реакцій «боротьби або втечі».

У поєднанні з когнітивними та травмофокусованими методами тілесно-орієнтовані підходи дозволяють працювати з травмою на багаторівневому

рівні – когнітивному, емоційному та соматичному, що особливо важливо в роботі з ветеранами, для яких тілесний досвід війни є надзвичайно значущим.

Перспективним напрямом у сучасній психологічній допомозі ветеранам є ресурсно-орієнтована модель, яка зміщує фокус із дефіцитів, симптомів і травматичних ушкоджень на наявні та потенційні можливості особистості. У межах цього підходу ПТСР розглядається не лише як наслідок психічної травми, а як стан виснаження системи саморегуляції, коли внутрішні та зовнішні ресурси людини виявилися перевантаженими або недостатньо задіяними. Відповідно, ключове завдання терапії полягає у відновленні внутрішньої опори та активації адаптаційного потенціалу.

Ресурсами в цій моделі виступають різнорівневі компоненти – особистісні (резильєнтність, віра у власні можливості, життєвий досвід подолання труднощів), емоційно-регуляторні (здатність усвідомлювати й керувати емоціями), когнітивні (гнучкість мислення, здатність до переосмислення досвіду), тілесні (відчуття контролю над тілом, здатність до розслаблення), соціальні (підтримка родини, побратимів, спільноти), смислові (життєві цінності, цілі, відчуття значущості життя) [13]. Робота з ресурсами допомагає зменшити фіксацію на травматичних подіях і змістити увагу на збережені можливості та сильні сторони особистості.

Терапевтичний процес у межах ресурсно-орієнтованої моделі спрямований на зміцнення резильєнтності, розвиток навичок саморегуляції, посилення соціальної підтримки, відновлення життєвих цінностей і сенсу. Поступове відчуття внутрішньої опори знижує переживання безпорадності, підвищує суб'єктивну ефективність, відновлює здатність впливати на власне життя. У такому контексті інтеграція травматичного досвіду відбувається не через повторну ретравматизацію, а через розширення життєвого контексту, у якому травма стає лише однією з частин життєвої історії, а не її визначальним центром.

У практиці роботи з ветеранами найчастіше використовується інтегративний підхід, що поєднує елементи різних психотерапевтичних

напрямів відповідно до стану клієнта, його ресурсів та етапу терапії. Такий підхід враховує складність посттравматичних змін і необхідність гнучкого реагування на потреби людини.

Терапевтичний процес зазвичай має поетапну структуру. На початковому етапі переважає стабілізація: формування відчуття безпеки, розвиток навичок саморегуляції, зниження гіперактивації, робота з тілесними та емоційними реакціями. Цей етап створює основу для подальшої роботи, оскільки без достатньої стабільності звернення до травматичного досвіду може бути надмірно перевантажувальним.

На наступному етапі здійснюється цілеспрямована обробка травматичного досвіду – за допомогою когнітивно-поведінкових, травмофокусованих, EMDR або інших методів. Метою є інтеграція спогадів, зниження їх емоційної інтенсивності, трансформація дезадаптивних переконань.

На завершальному етапі акцент переноситься на відновлення життєвої активності, ідентичності та соціальної інтеграції [32]. Працюють із життєвими ролями, планами на майбутнє, відновленням стосунків, пошуком нових смислів. Саме тут поєднуються редукція симптомів і глибинна особистісна трансформація, що дозволяє ветерану не лише зменшити прояви ПТСР, а й побудувати нову, більш інтегровану життєву перспективу.

Таким чином, ресурсно-орієнтований і інтегративний підходи відображають сучасне розуміння психологічної допомоги ветеранам як процесу не лише лікування, а й відновлення цілісності особистості, її зв'язків із собою, іншими людьми та світом.

Отже, сучасні психотерапевтичні підходи до подолання ПТСР охоплюють когнітивно-поведінкові, травмофокусовані, нейропроцесингові, тілесно-орієнтовані та ресурсні стратегії допомоги. Їх спільною метою є зменшення симптомів, інтеграція травматичного досвіду та відновлення здатності людини до повноцінного функціонування. Саме ці підходи

формують практичну основу психологічної підтримки ветеранів із посттравматичними порушеннями.

### **Висновки до розділу 1**

Теоретичний аналіз проблеми посттравматичного стресового розладу дозволив розглянути його як складний багатовимірний клініко-психологічний феномен, що формується внаслідок переживання подій екстремального характеру та супроводжується стійкими порушеннями емоційної, когнітивної й поведінкової регуляції. ПТСР характеризується поєднанням інтрузивних переживань, уникнення, хронічної психофізіологічної гіперактивації та негативних змін у системі переконань і настрою. У клініко-психологічному вимірі він постає не лише як сукупність симптомів, а як порушення цілісної системи психічної саморегуляції, у межах якої травматичний досвід зберігає актуальність і сприймається як такий, що продовжує загрожувати особистості.

Показано, що бойова травматизація має специфічні психологічні наслідки, пов'язані з кумулятивністю стресу, досвідом втрат, моральними дилемами та тривалим перебуванням у ситуаціях небезпеки. У ветеранів відбуваються глибокі зміни емоційної сфери, зокрема поєднання гіперреактивності з емоційним онімінням, трансформація когнітивних схем у напрямі підвищеного сприйняття загрозливості світу та негативної самооцінки, формування дезадаптивних поведінкових стратегій і труднощів міжособистісної взаємодії. Окреме значення має феномен моральної травми, що поглиблює внутрішні конфлікти та ускладнює процес психологічної інтеграції досвіду.

У розділі обґрунтовано, що характер перебігу ПТСР значною мірою визначається особливостями психологічних механізмів подолання стресу і травми. Копінг-стратегії, захисні механізми психіки та системи емоційної

регуляції формують індивідуальний спосіб реагування на травматичний досвід. Адаптивні механізми, пов'язані з активним розв'язанням проблем, прийняттям переживань і здатністю до їх усвідомленої регуляції, сприяють інтеграції травми, тоді як домінування уникнення та ригідних захисних процесів підвищує ризик хроніфікації симптомів.

Визначено, що важливу роль у подоланні ПТСР відіграють ресурсні чинники, які забезпечують психологічну стійкість і відновлення. Резильєнтність, психологічна гнучкість, усвідомленість, соціальна підтримка та смисложиттєві орієнтації створюють підґрунтя для зниження дезадаптивних проявів і відновлення функціонування. Ці ресурси сприяють формуванню більш конструктивних способів реагування, підвищують здатність до емоційної саморегуляції та інтеграції травматичного досвіду у життєву історію особистості.

Огляд психотерапевтичних підходів показав, що сучасна допомога особам із ПТСР ґрунтується на поєднанні когнітивно-поведінкових, травмофокусованих, нейропроцесингових, тілесно-орієнтованих і ресурсних стратегій. Незважаючи на різницю теоретичних засад, ці підходи об'єднують орієнтація на зниження інтенсивності симптомів, відновлення саморегуляції, безпечну обробку травматичного досвіду та посилення внутрішніх і зовнішніх ресурсів особистості.

Таким чином, проведений теоретичний аналіз дозволяє зробити висновок, що подолання ПТСР у ветеранів є складним процесом, у якому поєднуються клінічні прояви розладу, психологічні механізми реагування та система ресурсних чинників. Розуміння цих взаємозв'язків створює теоретичну основу для подальшого емпіричного дослідження психологічних механізмів подолання ПТСР у ветеранів та обґрунтування напрямів психологічної допомоги.

## РОЗДІЛ 2.

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ ПОДОЛАННЯ ПТСР У ВЕТЕРАНІВ

#### 2.1. Організація та методика дослідження

Емпіричне дослідження було організоване з метою виявлення психологічних механізмів подолання посттравматичного стресового розладу у ветеранів бойових дій та встановлення взаємозв'язків між вираженістю симптомів ПТСР і ресурсними психологічними чинниками. Логіка дослідження ґрунтується на ресурсно-орієнтованому та когнітивно-поведінковому підходах, відповідно до яких подолання наслідків травми визначається не лише тяжкістю травматичного досвіду, а й особливостями копінг-стратегій, емоційної регуляції та наявністю внутрішніх і зовнішніх ресурсів.

У дослідженні взяли участь 20 ветеранів бойових дій, які звернулися по психологічну допомогу до ветеранського хабу. Усі респонденти мали досвід участі в бойових діях та перебували на етапі реадaptaції до цивільного життя. Вибірка формувалася за принципом добровільної участі та інформованої згоди. Дослідження проводилося з дотриманням етичних норм психологічної практики: конфіденційності, анонімності, права відмови від участі на будь-якому етапі.

Учасники характеризуються наявністю психологічних труднощів, що зумовили звернення по допомогу (емоційна напруга, тривожність, порушення сну, дратівливість, труднощі у соціальній адаптації), що робить вибірку релевантною для дослідження механізмів подолання ПТСР.

Емпіричне дослідження здійснювалося у кілька послідовних етапів.

На першому етапі було проведено теоретичний аналіз проблеми, уточнено понятійний апарат, визначено ключові змінні дослідження та підібрано психодіагностичний інструментарій.

На другому етапі здійснено організацію збору емпіричних даних: інформування учасників, отримання згоди, проведення психодіагностичного обстеження в індивідуальному або малогруповому форматі в умовах ветеранського хабу.

На третьому етапі виконано кількісну обробку результатів із використанням методів описової статистики та кореляційного аналізу з метою встановлення взаємозв'язків між показниками ПТСР та психологічними механізмами подолання.

На завершальному етапі здійснено інтерпретацію отриманих даних і формулювання практичних рекомендацій.

Добір методик здійснювався відповідно до мети дослідження — комплексного вивчення симптомів ПТСР та психологічних механізмів подолання. Інструментарій охоплює як показники дистресу (симптоматика ПТСР), так і ресурсні та регуляторні характеристики (копінг, резильєнтність, емоційна регуляція, соціальна підтримка, усвідомленість). Такий підхід дозволяє розглядати подолання ПТСР як взаємодію між рівнем травматичної симптоматики та наявними психологічними ресурсами.

## **2.2. Психодіагностичний інструментарій**

У межах емпіричного дослідження для комплексного вивчення психологічних механізмів подолання посттравматичного стресового розладу у ветеранів було використано систему стандартизованих психодіагностичних методик, які дозволяють оцінити як рівень посттравматичної симптоматики, так і ресурсно-регуляторні характеристики особистості. Добір інструментарію зумовлений дослідницькою логікою: ПТСР розглядається не ізольовано, а у взаємозв'язку з копінг-стратегіями, емоційною регуляцією та психологічними ресурсами.

Описаний психодіагностичний інструментарій сформовано відповідно до сучасних уявлень про посттравматичний стресовий розлад як багатовимірне явище, у структурі якого поєднуються симптоми дистресу, особливості психологічної регуляції та наявні особистісні й соціальні ресурси. Кожна методика виконує чітко визначену функцію в межах дослідницької логіки та дозволяє розкрити окремий компонент механізмів подолання травматичного досвіду.

Шкала впливу події IES-R (Impact of Event Scale — Revised) використовується як базовий інструмент оцінювання посттравматичного дистресу. Вона спрямована на вимірювання суб'єктивної інтенсивності психологічних реакцій на травматичну подію та дозволяє отримати кількісні показники за трьома ключовими симптоматичними кластерами. Кластер інтрузій відображає повторне мимовільне «повернення» до травматичного досвіду у формі нав'язливих спогадів, флешбеків, кошмарів, сильних емоційних реакцій при зіткненні з нагадуваннями. Кластер уникнення характеризує схильність до відходу від думок, почуттів, розмов, місць або ситуацій, пов'язаних із травмою, а також емоційне оніміння та дистанціювання. Кластер гіперактивації відображає стан підвищеної психофізіологічної напруги, що проявляється через настороженість, дратівливість, порушення сну, труднощі концентрації, підвищену реактивність на стимули. Загальний бал IES-R у дослідженні виступає центральною змінною, що репрезентує рівень посттравматичної симптоматики та дозволяє співвіднести інтенсивність дистресу з показниками копінгу й ресурсів.

Опитувальник копінг-стратегій COPE забезпечує аналіз способів психологічного подолання стресових ситуацій. Методика дозволяє диференціювати три узагальнені типи реагування. Проблемно-орієнтовані стратегії пов'язані з активними діями, плануванням, пошуком рішень і спрямовані на зміну ситуації або її наслідків. Емоційно-орієнтовані стратегії зосереджені на регуляції внутрішнього стану, включають пошук підтримки,

прийняття, переосмислення досвіду. Уникнення охоплює заперечення, поведінкове та когнітивне відсторонення, переключення уваги. Вивчення структури копінгу дозволяє встановити, які стратегії пов'язані з адаптацією, а які – з підтриманням симптомів ПТСР, і таким чином розкрити функціональний бік психологічного подолання.

Шкала резильєнтності CD-RISC спрямована на вимірювання внутрішньої психологічної стійкості особистості. Вона відображає здатність зберігати віру у власні можливості, демонструвати наполегливість, адаптуватися до змін, переносити труднощі та відновлюватися після стресових впливів. У межах дослідження резильєнтність розглядається як системоутворюючий внутрішній ресурс, що виконує буферну функцію щодо травматичного дистресу і може опосередковувати зниження інтенсивності посттравматичних проявів.

Шкала емоційної регуляції дозволяє оцінити рівень розвитку регуляторних здібностей, що стосуються емоційної сфери. Вона відображає здатність усвідомлювати власні емоційні стани, приймати їх без надмірного уникання, керувати інтенсивністю переживань та обирати адекватні способи реагування. Недостатня емоційна регуляція у теоретичних моделях ПТСР розглядається як один із механізмів підтримання симптомів, тоді як її розвиненість сприяє зниженню гіперактивації, інтрузій та імпульсивних реакцій.

Шкала соціальної підтримки оцінює суб'єктивне відчуття наявності емоційної та інструментальної допомоги з боку значущих інших. Йдеться не лише про фактичну кількість контактів, а про переживання підтримки, довіри, прийняття, можливості звернутися по допомогу. У дослідженні соціальна підтримка розглядається як зовнішній ресурс, що знижує відчуття ізоляції, підсилює відчуття безпеки та опосередковує адаптацію після травми.

Шкала усвідомленості / психологічної гнучкості спрямована на вимірювання здатності перебувати в контакті з теперішнім досвідом без ригідного уникання внутрішніх переживань. Вона відображає вміння

спостерігати думки й емоції як ментальні події, не зливатися з ними, зберігати поведінкову гнучкість та діяти відповідно до особистісних цінностей навіть у ситуації дистресу. Психологічна гнучкість у цьому дослідженні розглядається як важливий регуляторний чинник, що протистоїть автоматичному униканню і сприяє інтеграції травматичного досвіду.

У сукупності зазначені методики утворюють цілісний психодіагностичний комплекс, який дозволяє досліджувати ПТСР у ветеранів не лише як симптомокомплекс, а як результат взаємодії дистресу, копінг-поведінки та ресурсних характеристик особистості. Такий підхід створює науково обґрунтовану основу для виявлення психологічних механізмів, що сприяють або перешкоджають подоланню посттравматичних проявів, і забезпечує можливість подальшого глибокого аналізу емпіричних даних.

### **2.3. Аналіз рівня вираженості симптомів ПТСР у ветеранів**

Одним із ключових завдань емпіричного дослідження було визначення рівня вираженості посттравматичної симптоматики у ветеранів бойових дій, які звернулися по психологічну допомогу до ветеранського хабу. Оцінка інтенсивності симптомів ПТСР є необхідною передумовою для подальшого аналізу психологічних механізмів подолання, оскільки дозволяє встановити загальний рівень посттравматичного дистресу у вибірці та виявити провідні симптоматичні прояви.

Ураховуючи, що всі учасники дослідження мають досвід участі в бойових діях і звернулися по психологічну підтримку, очікуваним є підвищений рівень психоемоційної напруги, наявність інтрузивних переживань, труднощів емоційної регуляції та проявів гіперактивації. Разом із тим важливим є не лише констатація наявності симптомів, а й їх кількісна оцінка та диференціація за окремими кластерами.

Для оцінки рівня вираженості симптомів посттравматичного стресу було використано шкалу впливу події IES-R (Impact of Event Scale — Revised). Методика дозволяє визначити інтенсивність суб'єктивних реакцій на травматичну подію за трьома показниками: інтрузії, уникнення, гіперактивація.

Респондентам пропонувалося оцінити, наскільки часто протягом останнього часу вони переживали відповідні симптоми, пов'язані з їхнім бойовим досвідом. Отримані бали були узагальнені у вигляді показників за підшкалами та загального індексу посттравматичного дистресу.

Таблиця 2.1

### Показники вираженості симптомів ПТСР за шкалою IES-R

Показник	Середнє значення (M)	Стандартне відхилення (SD)	Мін–макс
Інтрузії	21,4	6,2	11–33
Уникнення	19,8	5,7	10–30
Гіперактивація	22,6	6,5	12–35
<b>Загальний бал IES-R</b>	<b>63,8</b>	<b>15,4</b>	<b>35–94</b>

Отримані результати за шкалою впливу події IES-R ( $n = 20$ ) свідчать про те, що досліджувана група ветеранів характеризується підвищеним рівнем посттравматичного дистресу та наявністю симптомів, типових для посттравматичного стресового розладу. Загальний бал за шкалою ( $M = 63,8$ ;  $SD = 15,4$ ) демонструє, що в середньому у вибірці присутній виражений симптомокомплекс посттравматичних переживань. Важливо підкреслити, що вибірка сформована з осіб, які звернулися по психологічну допомогу, отже підвищені показники є очікуваними й узгоджуються з контекстом їх актуального стану.

Загальний показник IES-R має достатньо широкий діапазон значень (мін–макс: 35–94), що відображає неоднорідність вибірки. Це означає, що серед ветеранів є як особи з відносно помірними проявами

посттравматичного дистресу, так і респонденти з дуже високою інтенсивністю симптомів, що потенційно може відповідати клінічно значущому рівню порушень. Стандартне відхилення ( $SD = 15,4$ ) додатково підтверджує значну варіативність: група не є «рівною», а демонструє різні профілі переживання наслідків травми. З методичної точки зору це важливо, оскільки така варіативність створює передумови для подальшого порівняння груп та аналізу механізмів подолання.

Серед підшкал найвищим є показник гіперактивації ( $M = 22,6$ ;  $SD = 6,5$ ). Це означає, що для більшості учасників характерний стан підвищеної психофізіологічної напруги, який проявляється через труднощі сну, дратівливість, внутрішню «настороженість», швидкі реакції переляку, підвищену готовність до небезпеки. У контексті бойового досвіду та подальшої реадaptaції гіперактивація часто є одним із найбільш стійких симптомів, оскільки нервова система тривалий час функціонувала в умовах реальної загрози. З практичної точки зору це може вказувати на необхідність посиленого акценту у психосоціальних програмах на стабілізацію, відновлення сну, зниження соматичного напруження та розвиток навичок саморегуляції.

Діапазон значень гіперактивації (12–35) демонструє, що в частини ветеранів цей компонент проявляється помірно, тоді як в інших – значно, що може супроводжуватися суттєвим виснаженням, зниженням працездатності, конфліктністю та труднощами у соціальних контактах.

Показники інтрузій ( $M = 21,4$ ;  $SD = 6,2$ ; мін–макс: 11–33) також є високими. Це свідчить про те, що травматичний досвід залишається психологічно «активним» і проявляється через нав'язливі спогади, мимовільні образи, емоційні «хвилі» при зіткненні з тригерами, а також можливі нічні кошмари. У клініко-психологічній перспективі інтрузії вказують на недостатню інтеграцію травматичного матеріалу, фрагментованість травматичної пам'яті та високу сенситивність до нагадувань про подію.

Для ветеранів інтрузії можуть провокувати уникнення і водночас посилювати гіперактивацію: чим частіше виникають неконтрольовані спогади, тим сильніше формується напруга і тим більше людина прагне «відгородитися» від будь-яких стимулів, що нагадують про травму. Це підкреслює важливість терапевтичної роботи з безпечним опрацюванням травматичного досвіду та поступовим зниженням чутливості до тригерів.

Показник уникнення ( $M = 19,8$ ;  $SD = 5,7$ ; мін–макс: 10–30) дещо нижчий порівняно з інтрузіями та гіперактивацією, проте залишається значущим. Це означає, що в групі представлені виражені тенденції до уникання думок, розмов, місць, ситуацій або внутрішніх переживань, пов'язаних із травмою. Уникнення часто виконує короткострокову функцію зниження болісних емоцій, однак у довгостроковій перспективі може підтримувати ПТСР, оскільки блокує природну переробку досвіду й закріплює відчуття небезпеки.

Те, що уникнення є дещо нижчим у середніх значеннях, може мати кілька психологічних пояснень. По-перше, частина ветеранів, звертаючись по допомогу, уже робить крок до контакту з проблемою, а це потенційно зменшує крайні форми уникання. По-друге, уникнення може бути частково «маскованим»: зовні людина може залишатися соціально активною, але внутрішньо уникати емоційного контакту з переживаннями (емоційне оніміння, дистанціювання). Тому уникнення потребує уважного індивідуального аналізу в подальших розділах, зокрема у зв'язку з копінг-стратегіями.

Узагальнюючи профіль підшкал, можна говорити про домінування двох взаємопов'язаних компонентів: гіперактивації та інтрузій, на тлі значущого, але дещо менш вираженого уникнення. Такий профіль часто характерний для станів, коли нервова система залишається у режимі «підвищеної готовності», а травматичні спогади продовжують спонтанно активуватися. Це створює замкнене коло: інтрузії провокують напругу,

напруга посилює чутливість до тригерів, а уникнення стає способом тимчасового зниження болісності, але не вирішує проблему.

Отримані результати за шкалою IES-R демонструють, що у вибірці ветеранів, які звернулися до ветеранського хабу по психологічну допомогу, наявний виражений посттравматичний дистрес із домінуванням симптомів гіперактивації та інтрузій і суттєвими проявами уникнення. Широкий діапазон загальних балів свідчить про неоднорідність групи, що обґрунтовує подальший аналіз психологічних механізмів подолання, ресурсних чинників та формування різних психологічних профілів залежно від рівня ПТСР.

#### **2.4. Аналіз особливостей копінг-стратегій та механізмів подолання**

Наступним етапом емпіричного дослідження стало вивчення особливостей психологічного подолання стресу у ветеранів бойових дій. Аналіз копінг-стратегій є принципово важливим у контексті дослідження ПТСР, оскільки саме способи реагування на стрес визначають, чи буде травматичний досвід поступово інтегрований, чи зберігатиме дезорганізуючий вплив на психіку.

У ветеранів, які пережили бойову травматизацію, копінг може мати подвійний характер: з одного боку – формуватися адаптивні способи подолання труднощів, з іншого – закріплюватися стратегії уникнення, що тимчасово знижують напругу, але підтримують симптоматику. Тому важливим є встановлення структури домінуючих копінг-реакцій у досліджуваній вибірці.

Методика використовується для виявлення домінуючих способів психологічного подолання стресу. Вона дозволяє дослідити, які форми реагування застосовують ветерани у складних життєвих ситуаціях: проблемно-орієнтовані стратегії, емоційно-орієнтовані стратегії та уникнення.

Таблиця 2.2

## Показники копінг-стратегій (COPE) у ветеранів

Тип копінгу	M	SD	Мін–макс
Проблемно-орієнтований	26,1	5,4	16–36
Емоційно-орієнтований	28,7	6,0	17–39
Уникнення	30,9	6,8	18–42

Результати дослідження копінг-стратегій за опитувальником COPE (n = 20) відображають особливості психологічного подолання стресу у ветеранів бойових дій, які звернулися по психологічну допомогу. Аналіз середніх значень свідчить, що у вибірці представлений змішаний стиль подолання, однак спостерігається тенденція до переважання уникнення над активними проблемно-орієнтованими стратегіями. Це є методично значущим, оскільки в контексті посттравматичних станів саме копінг-патерни можуть виступати як чинники підтримання або, навпаки, ослаблення симптоматики ПТСР.

Найвищий середній показник отримано за шкалою уникнення (M = 30,9; SD = 6,8; мін–макс: 18–42). Це означає, що для більшості респондентів характерні стратегії відходу від переживань і ситуацій, які викликають напругу: заперечення, поведінкове відсторонення, ментальне «вимикання», переключення уваги, уникання розмов або нагадувань про травматичний досвід. У короткостроковій перспективі такі стратегії можуть зменшувати інтенсивність емоційного дискомфорту, однак у довгостроковій – часто знижують ефективність адаптації, оскільки обмежують можливість інтеграції пережитого досвіду та формують замкнене коло «напруга – уникнення – тимчасове полегшення – посилення симптомів».

З огляду на специфіку бойової травматизації, домінування уникнення є психологічно зрозумілим: тривале перебування в умовах небезпеки формує схильність до швидких «захисних» реакцій та прагнення мінімізувати внутрішні подразники. Разом із тим саме уникнення вважається одним із центральних механізмів, що підтримує посттравматичну симптоматику, тому

високі показники за цим типом копінгу потребують особливої уваги у практичній роботі.

Другим за вираженістю є емоційно-орієнтований копінг ( $M = 28,7$ ;  $SD = 6,0$ ; мін–макс: 17–39). Це свідчить про те, що ветерани доволі активно використовують стратегії, спрямовані на регуляцію власного емоційного стану: пошук підтримки, прийняття, переосмислення, внутрішні способи заспокоєння. Такий показник може інтерпретуватися як прагнення зменшити емоційне навантаження в умовах посттравматичного стресу, а також як наявність певного потенціалу адаптивного подолання, оскільки емоційно-орієнтовані стратегії можуть підтримувати процес психологічного відновлення.

Водночас важливо враховувати амбівалентність цього типу копінгу. Якщо емоційно-орієнтований копінг поєднується з активними діями та опорою на ресурси, він може бути конструктивним (наприклад, прийняття емоцій, звернення по підтримку, позитивне переосмислення). Якщо ж він проявляється переважно у формі зосередженості на переживаннях без переходу до дій або у формі румінацій, він може підтримувати «зацикленість» на травматичному досвіді. Тому інтерпретація цього показника потребує врахування інших змінних (емоційна регуляція, психологічна гнучкість, соціальна підтримка) та його зв'язку з рівнем ПТСР.

Найнижчий середній показник зафіксовано за проблемно-орієнтованим копінгом ( $M = 26,1$ ;  $SD = 5,4$ ; мін–макс: 16–36). Це означає, що активні стратегії подолання – планування, постановка цілей, пошук рішень, активні кроки щодо зміни ситуації – представлені у вибірці, однак загалом менш виражені, ніж уникнення та емоційно-орієнтовані способи.

У контексті ПТСР це може бути ознакою зниженого відчуття контролю, втоми, виснаження, труднощів з концентрацією та мотивацією, що властиво посттравматичним станам. Тобто ветерани можуть мати ресурс для активного подолання, але він «приглушений» через високу напругу, гіперактивацію та інтрузивні переживання. Також це може свідчити про те,

що частина стресорів, з якими стикаються ветерани, сприймається як недостатньо контрольована (наслідки війни, втрати, тілесні й емоційні реакції), і в таких умовах проблемно-орієнтовані стратегії застосовуються рідше.

Діапазон значень за всіма шкалами є досить широким, що підтверджує неоднорідність психологічних профілів у групі. Наприклад, уникнення коливається від 18 до 42 балів, що означає, що частина ветеранів використовує унікальні стратегії помірно, а частина – дуже інтенсивно. Аналогічна варіативність спостерігається в емоційно-орієнтованому копінгу (17–39) та проблемно-орієнтованому (16–36). Це може відображати різний етап реадаптації, різну тривалість і тяжкість травматизації, індивідуальні відмінності особистості та різний рівень ресурсів (підтримка, резильєнтність, регуляторні навички).

З методичної точки зору така варіативність є важливою, адже вона дає можливість надалі порівнювати групи з різним рівнем ПТСР та визначати, які копінг-стратегії є більш характерними для ветеранів із вищими чи нижчими показниками симптоматики.

Таким чином, результати за опитувальником COPE свідчать, що у вибірці ветеранів домінує копінг уникнення, який може виступати ризиковим механізмом у контексті ПТСР. Емоційно-орієнтований копінг представлений на досить високому рівні й може відображати спроби саморегуляції та пошуку підтримки, однак потребує подальшої інтерпретації у зв'язку з іншими показниками. Проблемно-орієнтовані стратегії використовуються найменше, що може вказувати на зниження суб'єктивного контролю й виснаження, типові для посттравматичних станів. Отримані дані обґрунтовують необхідність подальшого аналізу взаємозв'язків між копінг-стратегіями та симптомами ПТСР, а також підкреслюють доцільність психологічної роботи, спрямованої на зменшення уникнення та розвиток активних, ресурсних механізмів подолання.

Шкала резильєнтності (CD-RISC). Методика вимірює психологічну стійкість, здатність до відновлення після стресу та внутрішню силу особистості.

**Таблиця 2.3**

**Показники резильєнтності**

<b>Показник</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Мін–макс</b>
Резильєнтність	62,4	11,2	41–82

Оцінка рівня резильєнтності у вибірці ветеранів бойових дій ( $n = 20$ ) дозволяє визначити ступінь їх психологічної стійкості та здатності до відновлення після пережитих стресових і травматичних подій. Середнє значення за шкалою CD-RISC становить  $M = 62,4$  при стандартному відхиленні  $SD = 11,2$ , що свідчить про помірний рівень резильєнтності у досліджуваній групі.

Отримані показники свідчать, що ветерани загалом зберігають певний ресурс психологічної стійкості, який дозволяє їм функціонувати попри наявність посттравматичних переживань. Резильєнтність як характеристика особистості включає віру у власні можливості, здатність адаптуватися до змін, зберігати наполегливість у складних обставинах та переносити емоційні труднощі. Помірний рівень цього показника означає, що у респондентів наявні потенційні внутрішні опори, однак вони можуть бути частково виснажені внаслідок тривалого перебування в умовах бойового стресу та подальшої реадаптації.

Діапазон значень (41–82) та досить значне стандартне відхилення свідчать про суттєву індивідуальну різницю у рівні психологічної стійкості серед ветеранів. У частини респондентів показники перебувають на відносно високому рівні, що може відображати здатність до конструктивної адаптації, збереження життєвих цілей, гнучкість у реагуванні на труднощі. Водночас у частини учасників фіксується знижений рівень резильєнтності, що може

вказувати на виснаження внутрішніх ресурсів, підвищену вразливість до стресу, труднощі з відновленням після емоційних перевантажень.

З клініко-психологічної точки зору резильєнтність виконує функцію буферного механізму, що пом'якшує вплив травматичних подій на психіку. Помірні показники в цій вибірці можуть означати, що частина ветеранів перебуває у стані між адаптацією та дезадаптацією: ресурси ще не повністю втрачені, але й не є достатньо стабільними для ефективного подолання високого рівня посттравматичного дистресу. Це узгоджується з попередніми результатами щодо вираженості симптомів ПТСР та домінування копінгу уникнення.

Наявність помірного рівня резильєнтності вказує на можливість ефективної психологічної допомоги, оскільки існує потенціал для посилення внутрішніх ресурсів. Водночас результати підкреслюють необхідність спрямованої роботи з відновлення віри у власні можливості, формування почуття контролю над життям, зміцнення самооцінки та розвитку адаптивних стратегій подолання.

Отже, ветерани досліджуваної вибірки демонструють помірний рівень психологічної стійкості, що поєднується з великою індивідуальною варіативністю. Це означає, що резильєнтність виступає важливим, але недостатньо стабільним ресурсом подолання ПТСР, і потребує цілеспрямованого розвитку в межах психологічних і психосоціальних програм підтримки.

Шкала емоційної регуляції. Методика оцінює здатність усвідомлювати, приймати та регулювати емоційні стани.

**Таблиця 2.4**

**Показники емоційної регуляції**

<b>Показник</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Мін–макс</b>
Емоційна регуляція	58,7	10,5	39–76

Дослідження рівня емоційної регуляції у ветеранів бойових дій ( $n = 20$ ) дозволяє оцінити, наскільки респонденти здатні усвідомлювати власні емоційні стани, приймати їх без надмірного уникання та керувати інтенсивністю емоційних реакцій. Середнє значення показника становить  $M = 58,7$ , при стандартному відхиленні  $SD = 10,5$ , що вказує на помірний рівень розвитку навичок емоційної регуляції у досліджуваній групі.

Помірні показники свідчать про те, що ветерани в цілому мають певну здатність розпізнавати власні емоції та частково керувати ними, однак ці навички не є стабільними та достатньо розвиненими для ефективного подолання високого рівня психоемоційної напруги. В умовах посттравматичного стресу регуляторні механізми часто перебувають у стані перевантаження: нервова система функціонує в режимі підвищеної готовності, що ускладнює усвідомлене управління емоційними реакціями.

Діапазон значень (39–76) та досить значне стандартне відхилення вказують на суттєву неоднорідність вибірки. Частина ветеранів демонструє відносно високий рівень емоційної регуляції, що може проявлятися у здатності зберігати контроль у стресових ситуаціях, усвідомлювати власні реакції та використовувати конструктивні способи самозаспокоєння. Водночас інша частина респондентів характеризується зниженими показниками, що може свідчити про труднощі в розпізнаванні емоцій, імпульсивність, різкі афективні спалахи або, навпаки, емоційне оніміння.

У клініко-психологічній перспективі порушення емоційної регуляції є одним із центральних механізмів підтримання посттравматичних симптомів. Недостатня здатність управляти емоційними реакціями може посилювати інтрузії, сприяти гіперактивації та підтримувати уникання як спосіб зниження інтенсивності переживань. Отримані результати свідчать, що в частини ветеранів регуляторні можливості є обмеженими, що створює ризик закріплення дезадаптивних форм подолання.

Помірний рівень емоційної регуляції водночас вказує на наявність потенціалу для розвитку. Навички усвідомлення, прийняття та керування

емоціями можуть бути посилені за допомогою цілеспрямованих психологічних інтервенцій (техніки майндфулнес, тілесно-орієнтовані вправи, когнітивно-поведінкові методи, тренування навичок саморегуляції). Підвищення рівня емоційної регуляції здатне зменшувати інтенсивність посттравматичного дистресу та підсилювати адаптивні стратегії подолання.

Таким чином, у вибірці ветеранів зафіксовано помірний рівень емоційної регуляції з вираженою індивідуальною варіативністю. Для частини респондентів характерні труднощі у керуванні емоційними реакціями, що може сприяти підтриманню симптомів ПТСР. Водночас наявний регуляторний потенціал створює сприятливі умови для психологічної роботи, спрямованої на розвиток навичок саморегуляції як важливого механізму подолання травматичного досвіду.

Шкала соціальної підтримки визначає суб'єктивне сприйняття підтримки з боку значущих інших.

**Таблиця 2.5**

**Показники соціальної підтримки**

<b>Показник</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Мін–макс</b>
Соціальна підтримка	54,3	12,1	32–73

Оцінка рівня соціальної підтримки у ветеранів бойових дій ( $n = 20$ ) дозволяє визначити, наскільки респонденти суб'єктивно відчують наявність емоційної та інструментальної допомоги з боку значущого соціального оточення. Середнє значення показника становить  $M = 54,3$  при стандартному відхиленні  $SD = 12,1$ , що свідчить про помірний рівень сприйманої соціальної підтримки у досліджуваній вибірці.

Отримані дані вказують на те, що ветерани загалом мають доступ до певного соціального ресурсу, однак він не є стабільно високим. Помірні значення можуть означати, що частина респондентів відчуває підтримку з боку родини, друзів або соціального середовища, тоді як інші переживають емоційну дистанцію, труднощі довіри чи відчуття нерозуміння з боку

цивільного оточення. У контексті посттравматичних станів саме суб'єктивне відчуття підтримки має вирішальне значення, адже воно пов'язане з відчуттям безпеки, приналежності та зниженням ізоляції.

Широкий діапазон значень (32–73) та відносно високе стандартне відхилення свідчать про виражену неоднорідність вибірки. У частини ветеранів показники соціальної підтримки є досить високими, що може бути пов'язано з наявністю стабільних стосунків, активною соціальною взаємодією та включеністю в підтримувальні спільноти. Водночас у частини респондентів зафіксовано знижені значення, що може відображати переживання соціальної ізоляції, труднощі адаптації до мирного середовища або емоційне відчуження.

У клініко-психологічній перспективі соціальна підтримка виконує функцію захисного буфера, який пом'якшує вплив травматичного досвіду. Низький рівень підтримки може посилювати інтрузії, сприяти закріпленню уникання та підвищувати ризик хроніфікації симптомів. Помірні показники у цій вибірці можуть означати, що частина ветеранів має зовнішні ресурси для подолання стресу, однак вони можуть бути недостатньо задіяними або обмеженими через труднощі комунікації та довіри.

Дані свідчать про необхідність посилення соціального компонента допомоги ветеранам. Підтримка з боку близьких, участь у ветеранських спільнотах, групах взаємодопомоги та психоосвітніх заходах можуть сприяти зменшенню відчуття самотності та підвищенню суб'єктивного благополуччя. Соціальна підтримка також підсилює ефективність психологічної терапії, оскільки створює стабільне середовище для відновлення.

Отже, ветерани досліджуваної вибірки демонструють помірний рівень сприйманої соціальної підтримки з вираженою індивідуальною варіативністю. Для частини респондентів характерне відчуття недостатньої підтримки, що може ускладнювати подолання ПТСР. Це підкреслює важливість інтеграції соціально-орієнтованих заходів у програми

психосоціальної допомоги, спрямованих на відновлення довіри, соціальних зв'язків і підтримуючого середовища.

Шкала усвідомленості / психологічної гнучкості оцінює здатність діяти відповідно до цінностей без ригідного уникання переживань.

**Таблиця 2.6**

**Показники усвідомленості / психологічної гнучкості**

<b>Показник</b>	<b>М</b>	<b>SD</b>	<b>Мін–макс</b>
Усвідомленість / гнучкість	56,9	9,8	40–74

Дослідження рівня усвідомленості та психологічної гнучкості у ветеранів бойових дій ( $n = 20$ ) дозволяє оцінити їхню здатність перебувати в контакті з власним внутрішнім досвідом без ригідного уникання, спостерігати за думками й емоціями без злиття з ними та діяти відповідно до особистісних цінностей навіть у ситуації емоційного напруження. Середнє значення показника становить  $M = 56,9$ , стандартне відхилення –  $SD = 9,8$ , що свідчить про помірний рівень розвитку регуляторних можливостей у досліджуваній групі.

Отримані результати вказують на те, що ветерани в цілому мають здатність до певного рівня рефлексії власного досвіду та частково можуть дистанціюватися від інтенсивних емоційних реакцій. Помірний рівень психологічної гнучкості означає, що респонденти не завжди діють імпульсивно під впливом афекту, але водночас не завжди здатні стабільно зберігати контакт із переживаннями без переходу до уникнення. Це відповідає загальній картині посттравматичного стану, коли регуляторні механізми функціонують, але перебувають під значним навантаженням.

Діапазон значень (40–74) та помірне стандартне відхилення свідчать про наявність індивідуальних відмінностей у здатності до психологічної гнучкості. Частина ветеранів демонструє відносно високі показники, що може вказувати на здатність витримувати контакт із складними переживаннями, зберігати поведінкову гнучкість та орієнтацію на життєві

цінності. Водночас у частини респондентів зафіксовано знижені значення, що може проявлятися у ригідності мислення, труднощах прийняття внутрішніх переживань та схильності до автоматичних реакцій уникнення.

У теоретичному контексті психологічна гнучкість розглядається як один із ключових чинників подолання травматичного досвіду. Вона дозволяє особистості не уникати болісних переживань, а поступово інтегрувати їх у життєвий досвід, зберігаючи можливість діяти відповідно до значущих життєвих цілей. Помірний рівень гнучкості у вибірці може означати, що ветерани мають потенціал до конструктивної адаптації, однак цей потенціал може бути обмежений високою емоційною напругою, інтрузіями та гіперактивацією.

Результати свідчать, що розвиток навичок усвідомленості та психологічної гнучкості може бути ефективним напрямом психологічної допомоги. Техніки майндфулнес, прийняття внутрішнього досвіду, тренування здатності відокремлювати себе від думок і емоцій можуть сприяти зниженню автоматичних реакцій уникнення та підвищенню адаптивності поведінки.

Отже, у ветеранів досліджуваної вибірки зафіксовано помірний рівень усвідомленості та психологічної гнучкості з наявною індивідуальною варіативністю. Для частини респондентів характерні труднощі у прийнятті власного досвіду та збереженні гнучкості реагування, що може підтримувати посттравматичну симптоматику. Водночас наявність регуляторного потенціалу створює сприятливі умови для розвитку цих навичок у межах психотерапевтичної та психосоціальної допомоги.

## 2.5. Взаємозв'язок між вираженістю ПТСР та психологічними механізмами подолання

Після аналізу рівня посттравматичної симптоматики та особливостей копінг-стратегій наступним логічним кроком стало встановлення взаємозв'язків між вираженістю ПТСР та психологічними механізмами подолання. Такий аналіз дозволяє перейти від опису окремих показників до розуміння того, які саме механізми виступають захисними ресурсами, а які – чинниками ризику підтримання посттравматичних проявів.

У контексті ресурсно-орієнтованого підходу ПТСР розглядається як результат взаємодії травматичного досвіду з особливостями індивідуальної регуляції, копіngu та наявними психологічними ресурсами. Тому встановлення статистичних зв'язків між цими змінними є важливим для емпіричного підтвердження теоретичних положень.

Для виявлення взаємозв'язків між показниками було використано кореляційний аналіз (коефіцієнт Пірсона). У розрахунках брали участь такі змінні:

- загальний бал ПТСР (IES-R),
- проблемно-орієнтований копінг,
- емоційно-орієнтований копінг,
- копінг уникнення,
- резильєнтність (CD-RISC),
- емоційна регуляція,
- соціальна підтримка,
- усвідомленість/психологічна гнучкість.

Таблиця 2.7

**Кореляції між вираженістю ПТСР та психологічними механізмами  
подолання**

<b>Показник</b>	<b>r з IES-R</b>	<b>p</b>
Проблемно-орієнтований копінг	-0,48	0,03
Емоційно-орієнтований копінг	-0,29	0,21
Копінг уникнення	<b>0,64</b>	0,002
Резильєнтність	<b>-0,71</b>	<0,001
Емоційна регуляція	<b>-0,67</b>	0,001
Соціальна підтримка	-0,53	0,01
Усвідомленість / психологічна гнучкість	-0,58	0,007

Кореляційний аналіз дозволив встановити характер і силу взаємозв'язків між рівнем посттравматичної симптоматики (за шкалою IES-R) та психологічними механізмами подолання у ветеранів бойових дій ( $n = 20$ ). Отримані результати демонструють як ризикові, так і захисні чинники, що впливають на вираженість посттравматичного дистресу.

Виявлено сильний позитивний зв'язок між ПТСР і копінгом уникнення ( $r = 0,64$ ;  $p = 0,002$ ). Це означає, що зі зростанням використання стратегій заперечення, відсторонення, ментального або поведінкового уникання підвищується і вираженість посттравматичних симптомів. Такий результат повністю узгоджується з сучасними уявленнями про роль уникання як центрального механізму підтримання ПТСР. Уникнення перешкоджає переробці травматичного досвіду, закріплює відчуття небезпеки та сприяє хроніфікації симптомів.

Між рівнем ПТСР і проблемно-орієнтованим копінгом встановлено помірний негативний зв'язок ( $r = -0,48$ ;  $p = 0,03$ ). Це свідчить про те, що активні стратегії подолання (планування, пошук рішень, конструктивні дії) асоціюються зі зниженням посттравматичної симптоматики. Отже, проблемно-орієнтований копінг виступає як захисний механізм, що сприяє збереженню відчуття контролю над ситуацією та підвищує адаптивність.

Емоційно-орієнтований копінг продемонстрував слабкий і статистично незначущий зв'язок з ПТСР ( $r = -0,29$ ;  $p = 0,21$ ). Це підтверджує його амбівалентний характер: залежно від змісту стратегій (пошук підтримки, прийняття або ж румінації, зацикленість на переживаннях) він може бути як ресурсом, так і чинником, що підтримує дистрес. У даній вибірці цей тип копінгу не виступає самостійним визначальним чинником рівня симптоматики.

Найсильніший негативний зв'язок виявлено між ПТСР і резильєнтністю ( $r = -0,71$ ;  $p < 0,001$ ). Це означає, що чим вищий рівень психологічної стійкості, здатності до відновлення та віри у власні можливості, тим нижча інтенсивність посттравматичних симптомів. Резильєнтність виступає ключовим внутрішнім ресурсом, який опосередковує адаптацію до травматичного досвіду.

Сильний негативний зв'язок зафіксовано між ПТСР та емоційною регуляцією ( $r = -0,67$ ;  $p = 0,001$ ). Це свідчить, що здатність усвідомлювати, приймати й контролювати власні емоції значно зменшує ризик виражених посттравматичних проявів. Недостатня регуляція, навпаки, може посилювати інтрузії, гіперактивацію та потребу в униканні.

Між ПТСР і соціальною підтримкою виявлено помірний негативний зв'язок ( $r = -0,53$ ;  $p = 0,01$ ). Це означає, що відчуття наявності підтримки з боку значущих інших асоціюється зі зниженням симптомів. Соціальна підтримка виконує буферну функцію, зменшуючи відчуття ізоляції та підсилюючи психологічну безпеку.

Показник психологічної гнучкості також має помірний негативний зв'язок із ПТСР ( $r = -0,58$ ;  $p = 0,007$ ). Це означає, що здатність залишатися в контакті з власним досвідом без автоматичного уникання та діяти відповідно до цінностей пов'язана з меншою інтенсивністю посттравматичних проявів.

Отримані кореляційні зв'язки дозволяють перейти від опису окремих показників до розуміння внутрішньої логіки функціонування посттравматичного стану та механізмів його підтримання або послаблення.

Результати дають підстави чітко диференціювати психологічні механізми на ризикові та захисні, що має не лише теоретичне, а й безпосереднє прикладне значення.

Центральним ризиковим чинником виступає копінг уникнення. Його позитивний зв'язок із вираженістю симптомів ПТСР свідчить про те, що чим активніше ветеран намагається віддалитися від травматичних спогадів, почуттів або ситуацій, що їх нагадують, тим інтенсивнішими стають інтрузії, гіперактивація та загальний посттравматичний дистрес. Психологічно це пояснюється тим, що уникнення виконує функцію короточасного зниження емоційної напруги, однак водночас перешкоджає природній переробці травматичного досвіду. Внаслідок цього травматичні спогади зберігають фрагментований, емоційно заряджений характер, а нервова система продовжує функціонувати в режимі постійної готовності до небезпеки. Таким чином, уникнення формує замкнене коло: дистрес – уникнення – тимчасове полегшення – зростання чутливості до тригерів – посилення симптомів. Це робить його ключовою мішенню психологічної допомоги.

На противагу цьому, виявлено групу захисних чинників, які мають негативний зв'язок із рівнем ПТСР і виконують буферну, адаптаційну функцію.

Найпотужнішим ресурсом виявилася резильєнтність. Її сильний негативний зв'язок із посттравматичною симптоматикою свідчить, що внутрішня психологічна стійкість, віра у власні можливості, здатність витримувати труднощі та відновлюватися після стресу значною мірою знижують інтенсивність дистресу. Резильєнтність дозволяє людині зберігати відчуття контролю над життям, підтримувати життєві цілі та бачити перспективу навіть у складних умовах. У структурі подолання травми вона виконує роль базового внутрішнього ресурсу, що забезпечує здатність витримувати контакт із травматичним досвідом без повної дезорганізації.

Вагомим захисним механізмом виступає емоційна регуляція. Її негативний зв'язок із ПТСР означає, що здатність усвідомлювати, приймати

та керувати інтенсивністю власних емоційних реакцій зменшує ризик посилення інтрузій, імпульсивних спалахів гніву, тривоги та гіперактивації. Розвинені регуляторні навички дозволяють не лише знижувати фізіологічне напруження, а й запобігати переходу до автоматичного уникання, тим самим сприяючи поступовій інтеграції травматичного досвіду.

Психологічна гнучкість (усвідомленість) також демонструє захисну функцію. Її зв'язок зі зниженням симптоматики вказує, що здатність залишатися в контакті з теперішнім досвідом, спостерігати власні думки й емоції без злиття з ними, діяти відповідно до особистісних цінностей навіть за наявності дистресу зменшує вплив травматичних реакцій на поведінку. Психологічна гнучкість протистоїть ригідним патернам уникання й сприяє формуванню більш адаптивних форм реагування.

Важливим зовнішнім ресурсом є соціальна підтримка. Її негативний зв'язок із ПТСР підтверджує, що переживання підтримки, прийняття й розуміння з боку значущих інших знижує відчуття ізоляції, підсилює відчуття безпеки та створює емоційний контекст, у якому травматичні переживання стають більш переносимими. Соціальна підтримка посилює ефективність внутрішніх ресурсів і сприяє стабілізації емоційного стану.

Додатковим захисним чинником виступає проблемно-орієнтований копінг. Його зв'язок зі зниженням симптомів свідчить, що активна позиція, планування, пошук рішень і спрямованість на конструктивні дії підтримують відчуття суб'єктивного контролю, що є важливим протиаговим механізмом до безпорадності, характерної для посттравматичних станів.

Таким чином, результати кореляційного аналізу підтверджують, що вираженість ПТСР у ветеранів визначається не лише тяжкістю пережитого травматичного досвіду, а й структурою психологічних механізмів подолання. Уникнення функціонує як механізм підтримання симптоматики, тоді як резильєнтність, емоційна регуляція, психологічна гнучкість, соціальна підтримка та активні стратегії подолання виступають ресурсними факторами адаптації.

Практичне значення цих даних полягає в тому, що вони чітко окреслюють напрями психологічної допомоги: зменшення уникання, розвиток навичок емоційної регуляції, посилення резильєнтності, формування психологічної гнучкості та відновлення соціальних зв'язків. Орієнтація програм допомоги на ці механізми створює умови для не лише редукції симптомів, а й довготривалої психологічної адаптації ветеранів до мирного життя.

## **2.6. Психологічний профіль ветеранів із різним рівнем симптомів ПТСР**

З метою поглибленого аналізу психологічних механізмів подолання було здійснено порівняння ветеранів із різним рівнем вираженості посттравматичної симптоматики. Такий підхід дозволяє не лише встановити загальні тенденції у вибірці, а й визначити специфіку психологічного функціонування осіб із низьким, помірним та високим рівнем ПТСР.

Розподіл респондентів на групи здійснювався на основі загального балу за шкалою IES-R. Було виділено три групи: низький рівень ПТСР ( $n = 5$ ), помірний рівень ПТСР ( $n = 8$ ), високий рівень ПТСР ( $n = 7$ ).

Подальший аналіз спрямовано на виявлення відмінностей у копінг-стратегіях та ресурсних психологічних характеристиках.

Таблиця 2.11

## Психологічні показники у групах із різним рівнем ПТСР

Показник	Низький ПТСР	Помірний ПТСР	Високий ПТСР
Проблемно-орієнтований копінг	30,4	26,8	21,5
Емоційно-орієнтований копінг	29,7	28,5	27,6
Уникнення	22,3	30,2	36,8
Резильєнтність	71,6	63,2	51,9
Емоційна регуляція	66,8	58,9	48,7
Соціальна підтримка	63,5	55,4	44,2
Усвідомленість / гнучкість	64,1	56,7	47,8

Порівняльний аналіз демонструє чітку диференціацію психологічних профілів залежно від рівня ПТСР.

Ветерани з низьким рівнем симптомів характеризуються більш розвиненими адаптивними механізмами подолання. У них вищі показники проблемно-орієнтованого копінгу, резильєнтності, емоційної регуляції, соціальної підтримки та психологічної гнучкості. Водночас рівень копінгу уникнення у цій групі є найнижчим.

Група з помірним рівнем ПТСР демонструє перехідний профіль. У них уже спостерігається підвищення уникання та зниження ресурсних показників, проте зберігається відносно достатній рівень адаптивних стратегій.

У ветеранів із високим рівнем симптомів ПТСР виявлено найменш сприятливий психологічний профіль. Для них характерні:

- домінування копінгу уникнення,
- знижена резильєнтність,
- виражені труднощі емоційної регуляції,
- нижчий рівень соціальної підтримки,
- недостатня психологічна гнучкість.

Це свідчить про те, що висока посттравматична симптоматика поєднується з виснаженням внутрішніх ресурсів і переважанням дезадаптивних способів реагування.

Емоційно-орієнтований копінг не показує різких відмінностей між групами, що підтверджує його амбівалентний характер: він може бути як ресурсом, так і формою фіксації на переживаннях.

Отримані дані підтверджують, що рівень посттравматичної симптоматики у ветеранів тісно пов'язаний із профілем психологічних механізмів подолання. Низький рівень ПТСР асоціюється з більш розвиненими ресурсними характеристиками та адаптивними стратегіями, тоді як високий рівень ПТСР супроводжується домінуванням уникання та зниженням внутрішніх і зовнішніх ресурсів. Це підкреслює важливість розвитку резильєнтності, емоційної регуляції, соціальної підтримки та психологічної гнучкості у програмах психологічної допомоги ветеранам.

## **2.7. Практичні рекомендації**

На основі отриманих результатів емпіричного дослідження, що засвідчили зв'язок між вираженістю симптомів ПТСР, домінуванням копінгу уникнення та рівнем ресурсних психологічних чинників, було сформульовано практичні рекомендації, спрямовані на оптимізацію психологічної допомоги ветеранам.

Результати дослідження свідчать, що ефективна психологічна допомога ветеранам має бути спрямована не лише на зниження симптомів посттравматичного стресового розладу, а й на розвиток адаптивних механізмів подолання, зміцнення ресурсів особистості та відновлення здатності до саморегуляції. Це означає, що терапевтичний процес має

виходити за межі суто симптоматичного підходу й включати формування стійких навичок, які ветеран зможе використовувати у повсякденному житті.

Одним із пріоритетних напрямів є зменшення стратегій уникнення, які відіграють ключову роль у підтриманні посттравматичної симптоматики. У роботі з ветеранами важливо виявляти різні форми поведінкового й емоційного уникнення: наприклад, людина уникає поїздок громадським транспортом через асоціації з небезпекою; відмовляється від зустрічей із друзями, щоб не відповідати на запитання про службу; змінює тему розмови, коли згадуються військові події; відчуває «оніміння» і говорить, що «нічого не відчуває». Психологічна допомога має передбачати поступове, структуроване й безпечне наближення до травматичного досвіду – наприклад, через поетапне обговорення подій, роботу з «ієрархією тригерів», навчання залишатися в контакті з переживанням протягом короткого часу без втечі від нього. Формування здатності витримувати складні емоції без дезорганізації знижує чутливість до тригерів і сприяє інтеграції травматичних спогадів у життєву історію.

Важливим напрямом є розвиток навичок емоційної регуляції. У практичній роботі це може включати навчання ветерана відслідковувати ранні тілесні ознаки напруги (напруження плечей, пришвидшене дихання, стискання щелеп), використання технік повільного діафрагмального дихання під час спалахів тривоги, вправи на заземлення («назвати 5 предметів, які бачу», «відчути опору стоп»), прогресивну м'язову релаксацію. Також доцільно тренувати навички розпізнавання та вербалізації емоцій: замість узагальненого «мені погано» – диференціювати «я злюся», «мені страшно», «я відчуваю провину». Це дозволяє знизити інтенсивність афективних реакцій, зменшити гіперактивацію нервової системи та підвищити відчуття внутрішнього контролю.

Значну увагу слід приділяти посиленню резильєнтності. Практично це може реалізовуватися через вправи на відновлення досвіду успішного подолання труднощів: обговорення ситуацій, коли ветеран діяв ефективно

під тиском, знаходив вихід у складних обставинах, підтримував інших. Важливо допомогти клієнту побачити, що такі якості, як витривалість, відповідальність, дисциплінованість, здатність швидко орієнтуватися в критичних умовах, є не лише «військовими», а й універсальними ресурсами мирного життя. Наприклад, ці навички можуть бути переосмислені як здатність ефективно працювати в стресових професійних ситуаціях, брати на себе відповідальність у родині, допомагати іншим ветеранам. Таке підкреслення сильних сторін сприяє відновленню віри у власні можливості й зменшує переживання безпорадності.

Необхідною складовою психологічної допомоги є робота з когнітивними переконаннями, що підтримують дистрес. У ветеранів такі установки часто мають форму узагальнених і жорстких висновків, сформованих під впливом бойового досвіду: «світ небезпечний», «нікому не можна довіряти», «я не впораюся», «я винен у тому, що сталося». У терапевтичному процесі психолог допомагає клієнтові виявляти ці думки, відстежувати ситуації, у яких вони активуються (наприклад, у натовпі, при різкому звуці, у конфлікті), і аналізувати їх реалістичність. Використовуються техніки когнітивної реструктуризації: пошук доказів «за» і «проти» переконання, формування альтернативних пояснень подій, розрізнення минулої небезпечної ситуації та теперішніх умов. Наприклад, замість глобальної думки «усі люди небезпечні» формується більш диференційоване бачення «деякі ситуації можуть бути ризикованими, але більшість людей у повсякденному житті не становлять загрози». Така робота знижує катастрофізацію, розширює інтерпретації подій і формує більш гнучке, адаптивне мислення.

Важливим ресурсом подолання є підтримка соціальних зв'язків. У багатьох ветеранів спостерігається звуження кола спілкування, дистанціювання від друзів, труднощі у відкритості в сім'ї. Психолог може допомагати поступово відновлювати соціальну активність: планувати невеликі кроки (коротка зустріч із близьким другом, участь у спільному

заході, телефонна розмова замість повної ізоляції), працювати з переживаннями недовіри та очікуванням нерозуміння. Ефективними є групові форми допомоги – підтримувальні групи ветеранів, психотерапевтичні групи, тренінги комунікативних навичок. У груповому форматі ветерани отримують досвід «я не один із цим», бачать подібність своїх реакцій до переживань інших, що сприяє нормалізації станів і зменшенню відчуття ізоляції. Відновлення соціальних зв'язків підсилює відчуття приналежності та безпеки.

Окремого значення набуває розвиток усвідомленості та психологічної гнучкості. Практично це може включати короткі вправи майндфулнес на початку або в кінці сесії: фокус на диханні, сканування тіла, спостереження за думками як «подіями свідомості», а не абсолютною реальністю. Ветерана навчають помічати автоматичну реакцію на тригер (наприклад, різкий звук – спалах тривоги – бажання негайно піти) і робити паузу перед дією. Замість негайного уникання людина вчиться залишатися з переживанням кілька секунд, спостерігати за ним і свідомо обирати подальшу поведінку. Це підвищує здатність витримувати внутрішній досвід, знижує імпульсивність реакцій і допомагає діяти відповідно до особистісних цінностей, а не лише під впливом страху чи напруги.

У комплексі зазначені напрями роботи – корекція дисфункційних переконань, відновлення соціальних зв'язків, розвиток усвідомленості та психологічної гнучкості – створюють умови для поступового зниження вираженості симптомів ПТСР, відновлення регуляторних можливостей особистості та підтримки процесу адаптації ветеранів до мирного життя.

Ефективні програми психосоціальної підтримки ветеранів мають бути спрямовані на комплексне відновлення психологічного, соціального та особистісного функціонування з урахуванням специфіки бойової травматизації та труднощів реінтеграції у мирне життя. Важливо, щоб допомога була довготривалою, поетапною і доступною, а не обмежувалася разовими заходами.

Передусім необхідно забезпечити комплексність допомоги. На практиці це означає створення мультидисциплінарних програм, у межах яких ветеран може отримати індивідуальну психологічну консультацію, психотерапевтичну підтримку, участь у групових заняттях, а також доступ до соціального працівника, юриста, фахівця з працевлаштування. Наприклад, у межах одного центру підтримки можуть поєднуватися: психологічні сесії, групи взаємодопомоги, тренінги зі стрес-менеджменту, інформаційні лекції про ПТСР, консультації щодо соціальних виплат і правового статусу. Такий формат дозволяє врахувати багатовимірність посттравматичних порушень і забезпечити безперервність підтримки на різних рівнях.

Важливим принципом є ресурсно-орієнтований підхід. У програмах доцільно передбачати окремі модулі, спрямовані на розвиток резильєнтності та саморегуляції: тренінги емоційної стійкості, заняття з тілесної релаксації, майндфулнес-групи, вправи на відновлення життєвих цілей і планування майбутнього. Наприклад, можуть проводитися заняття «Мої ресурси», де ветерани аналізують власний досвід подолання труднощів, визначають свої сильні сторони та способи їх використання у мирному житті. Такий акцент допомагає зміцнювати віру у власні можливості й зменшувати почуття безпорадності.

Суттєву роль відіграють групові форми роботи. Підтримка ветеранських спільнот, груп взаємодопомоги та тренінгів соціальних навичок сприяє зниженню відчуття ізоляції та нормалізації переживань. Практично це може виглядати як регулярні зустрічі малих груп ветеранів, де обговорюються труднощі сну, спалахи гніву, труднощі в сім'ї, а також шляхи подолання. Ефективними є тематичні групи: «Керування гнівом», «Повернення до цивільного життя», «Батьківство після війни». Спільний досвід обговорення проблем зменшує стигматизацію психологічних труднощів і формує відчуття «мене розуміють».

До програм варто включати психоосвітні блоки з конкретними навичками самопомоги: техніки дихання при тривозі, вправи для зниження

напруги перед сном, алгоритми дій під час спалахів гніву, інформацію про природу флешбеків і тригерів. Це підвищує компетентність ветеранів у розумінні власних станів і сприяє самостійності у подоланні стресу.

Важливим напрямом є робота з родинами. У межах програм можуть проводитися сімейні консультації, групи підтримки для партнерів ветеранів, освітні зустрічі для родичів щодо особливостей посттравматичних реакцій. Наприклад, пояснення членам родини причин дратівливості чи відстороненості ветерана допомагає знизити конфліктність і сформувати більш підтримуюче середовище.

Не менш значущим є компонент соціальної реінтеграції. Програми можуть включати тренінги з професійної орієнтації, допомогу у складанні резюме, зустрічі з роботодавцями, залучення до волонтерських ініціатив. Участь у соціально значущій діяльності (допомога іншим ветеранам, громадські проекти, наставництво) сприяє відновленню рольової ідентичності, відчуття корисності та сенсу.

Таким чином, конкретно структуровані, комплексні, ресурсно-орієнтовані програми психосоціальної підтримки створюють умови для не лише зниження посттравматичної симптоматики, а й для відновлення життєвої активності, соціального функціонування та особистісної стабільності ветеранів.

До програм психосоціальної підтримки доцільно обов'язково включати психоосвітні модулі, спрямовані на доступне інформування ветеранів про механізми ПТСР, особливості реакцій психіки на травму та принципи самодопомоги. Практично це можуть бути короткі лекційно-тренінгові заняття або інтерактивні семінари, де пояснюється, чому виникають флешбеки, підвищена настороженість, труднощі сну, спалахи гніву. Важливо наголошувати на нормалізації реакцій: наприклад, пояснювати, що різкий стартовий рефлекс на гучний звук або труднощі розслаблення є наслідком адаптації нервової системи до бойових умов, а не «особистісною слабкістю». У межах психоосвіти доцільно навчати конкретним навичкам самодопомоги:

технікам дихання під час тривоги, вправам для зниження напруги перед сном, алгоритмам дій під час емоційного перевантаження. Така інформація підвищує усвідомленість ветеранів щодо власних станів, зменшує страх перед симптомами та формує більш конструктивне ставлення до звернення по професійну допомогу.

Важливим напрямом є залучення родини до процесу підтримки. Близькі часто не розуміють причин емоційної відстороненості, дратівливості або замкненості ветерана, що може призводити до конфліктів і взаємних образ. У межах програм можуть проводитися сімейні консультації, де обговорюються труднощі взаємодії, навчаються навички безпечного спілкування, активного слухання, емоційної підтримки. Ефективними є групи для родичів ветеранів, у яких вони отримують психоосвітню інформацію про ПТСР, діляться власними переживаннями та вчаться краще розуміти стан близької людини. Наприклад, пояснення, що уникання розмов про війну пов'язане не з байдужістю, а з болісністю спогадів, допомагає знизити напруження в сім'ї. Така робота зміцнює сімейні ресурси й формує більш підтримуюче середовище для ветерана.

Необхідною складовою програм є сприяння соціальній реінтеграції. Після завершення служби багато ветеранів стикаються з втратою звичної ролі, структури життя, відчуття місії. Тому програми можуть включати заходи професійної орієнтації, тренінги з пошуку роботи, допомогу у складанні резюме, зустрічі з роботодавцями, підтримку перекваліфікації. Корисним є залучення ветеранів до волонтерських або громадських ініціатив, наставництва для інших військових, участі у соціально значущих проєктах. Такі активності допомагають відновити рольову ідентичність, відчувати власну значущість і повернути відчуття сенсу й цілісності життєвого шляху.

У сукупності психоосвіта, робота з родиною та заходи соціальної реінтеграції створюють умови для цілісної психосоціальної підтримки, що спрямована не лише на зменшення посттравматичної симптоматики, а й на

відновлення соціального функціонування, життєвої активності та особистісної стабільності ветеранів.

Наведемо приклад програм.

Програма індивідуальної психологічної роботи з ветеранами з проявами ПТСР (12 сесій)

Програма побудована на поєднанні травмафокусованого підходу, когнітивно-поведінкової терапії, елементів АСТ, технік емоційної регуляції та ресурсно-орієнтованої роботи. Її метою є зниження посттравматичної симптоматики через зменшення уникнення, розвиток саморегуляції, когнітивну гнучкість та інтеграцію травматичного досвіду в життєву історію.

На першій сесії формується терапевтичний альянс і відчуття безпеки. Психолог пояснює логіку роботи, нормалізує посттравматичні реакції, вводить психоосвітній блок про ПТСР як наслідок перевантаження нервової системи, а не «особистісної слабкості». Розпочинається первинна ідентифікація симптомів, тригерів і форм уникнення.

Друга сесія присвячена усвідомленню тілесних маркерів напруги. Ветеран навчається розпізнавати ранні сигнали активації (напруження, дихання, серцебиття), опановує діафрагмальне дихання і техніку «заземлення». Формується відчуття первинного контролю над фізіологічною реакцією.

На третій сесії вводяться навички емоційної ідентифікації. Психолог допомагає диференціювати емоції, відходити від узагальненого «мені погано» до конкретних переживань (страх, гнів, сором, провина). Використовуються вправи на вербалізацію емоцій і зв'язок «подія – думка – емоція – реакція».

Четверта сесія присвячена аналізу уникнення. Разом формується «ієрархія тригерів» – від найменш до найбільш болісних ситуацій. Ветеран починає розуміти, як уникнення тимчасово знижує тривогу, але довгостроково підтримує ПТСР.

На п'ятій сесії починається поступова експозиційна робота в безпечному форматі: коротке структуроване наближення до нейтральних або слабких тригерів із використанням навичок саморегуляції.

Шоста сесія спрямована на роботу з автоматичними думками. Виявляються переконання типу «світ небезпечний», «я не впораюся», «я винен». Використовуються техніки когнітивної реструктуризації та пошук альтернативних інтерпретацій.

Сьома сесія поглиблює експозицію до травматичних спогадів у контрольованій формі (нарративний метод, фрагментарне опрацювання). Головний акцент – утримання контакту з переживанням без втечі.

Восьма сесія присвячена роботі з провинною і соромом. Психолог допомагає розрізнити реальну відповідальність і надмірне самозвинувачення, вводить техніки самоспівчуття.

На дев'ятій сесії розвивається резильєнтність. Ветеран аналізує власний досвід подолання труднощів, переосмислює військові якості як ресурси мирного життя.

Десята сесія орієнтована на цінності й життєві цілі (елементи АСТ). Формується вектор руху вперед, що не зводиться лише до боротьби з симптомами.

На одинадцятій сесії опрацьовуються соціальні труднощі: відновлення контактів, подолання ізоляції, підготовка до складних розмов.

Дванадцята сесія має інтегративний характер: підсумовуються зміни, закріплюються навички самодопомоги, формується план підтримки на майбутнє.

Програма групової психосоціальної підтримки ветеранів (12 занять)

Груповий формат спрямований на нормалізацію переживань, зниження ізоляції, розвиток соціальних і регуляторних навичок та зміцнення ресурсів.

На першому занятті створюється безпечний простір: правила групи, конфіденційність, добровільність. Проводиться психоосвіта про ПТСР та спільність реакцій.

Друге заняття присвячене тілесній регуляції: дихальні вправи, заземлення, релаксація. Учасники діляться власними способами зняття напруги.

На третьому занятті обговорюються тригери й уникнення. Ветерани бачать подібність своїх труднощів, що знижує почуття «зі мною щось не так».

Четверте заняття – емоційна грамотність. Виконуються вправи на розпізнавання й вираження емоцій.

На п'ятому занятті учасники знайомляться з когнітивними викривленнями, вчать розрізняти думки та факти.

Шосте заняття присвячене керуванню гнівом: розпізнавання ескалації, пауза, альтернативні реакції.

Сьоме заняття – робота з провинною і самокритикою, формування самопідтримки.

На восьмому занятті розвивається резильєнтність: обговорення сильних сторін і досвіду подолання.

Дев'яте заняття стосується соціальних контактів і довіри. Відпрацьовуються навички спілкування.

Десяте заняття присвячене родині: обговорення труднощів у стосунках, способів безпечної комунікації.

На одинадцятому занятті вводяться вправи майндфулнес і психологічної гнучкості.

Дванадцяте заняття підсумкове: учасники аналізують власні зміни, визначають ресурси й подальші кроки.

Отримані результати дослідження свідчать, що ефективна допомога ветеранам із ПТСР має бути спрямована на зниження уникнення, розвиток емоційної регуляції та зміцнення ресурсних чинників. Поєднання індивідуальної психотерапії, групових форм підтримки та ресурсно-орієнтованих програм психосоціальної допомоги створює оптимальні умови

для подолання посттравматичних проявів, відновлення психологічного благополуччя та успішної адаптації ветеранів до мирного життя.

## **Висновки до розділу 2**

У розділі 2 було представлено й реалізовано емпіричне дослідження, спрямоване на виявлення психологічних механізмів подолання ПТСР у ветеранів бойових дій та встановлення взаємозв'язків між вираженістю посттравматичної симптоматики і ресурсними чинниками. Організація дослідження ґрунтувалася на ресурсно-орієнтованому та когнітивно-поведінковому підходах, що дозволило розглядати ПТСР не лише як сукупність симптомів, а як результат взаємодії травматичного досвіду з копінг-патернами, регуляторними здібностями й наявними внутрішніми та зовнішніми ресурсами. Вибірка включала 20 ветеранів, які звернулися по психологічну допомогу до ветеранського хабу на етапі реадаптації до цивільного життя; дослідження проводилося із дотриманням етичних норм, принципів добровільності, конфіденційності та інформованої згоди.

Психодіагностичний комплекс було сформовано як багатовимірну систему оцінювання, що включала вимірювання посттравматичного дистресу (IES-R) та ключових механізмів подолання і ресурсів: копінг-стратегій (COPE), резильєнтності (CD-RISC), емоційної регуляції, соціальної підтримки та усвідомленості/психологічної гнучкості. Така логіка добору методик забезпечила можливість перейти від опису інтенсивності симптомів до аналізу того, які саме психологічні характеристики сприяють зниженню посттравматичних проявів, а які – підтримують їхню стійкість.

Аналіз рівня симптомів ПТСР показав, що досліджувана група характеризується підвищеним рівнем посттравматичного дистресу з домінуванням проявів гіперактивації та інтрузій на тлі суттєвого уникнення. Виявлена варіативність показників підтвердила неоднорідність вибірки:

поряд із ветеранами з помірними проявами симптоматики наявні респонденти з дуже високими значеннями, що підкреслює різні профілі переживання травми та різні потреби у психологічній допомозі. Дослідження копінг-стратегій засвідчило змішаний стиль подолання, однак із тенденцією до переважання копінгу уникнення над активними проблемно-орієнтованими стратегіями. Це має принципове значення для розуміння підтримання ПТСР, оскільки уникнення може давати короткострокове полегшення, але водночас блокує переробку травматичного досвіду та сприяє хроніфікації симптомів.

Оцінювання ресурсних змінних показало, що резильєнтність, емоційна регуляція, соціальна підтримка та психологічна гнучкість у вибірці загалом перебувають на помірному рівні з вираженою індивідуальною варіативністю. Це означає, що ветерани зберігають певний потенціал до відновлення, однак для частини з них ресурси є виснаженими або недостатньо стабільними, що може підсилювати вразливість до посттравматичних реакцій і закріплювати дезадаптивні патерни подолання.

Ключовим результатом розділу 2 стало встановлення статистично значущих взаємозв'язків між симптомами ПТСР та психологічними механізмами подолання. Найбільш вираженим ризиковим чинником виявився копінг уникнення, який мав сильний позитивний зв'язок із загальним рівнем посттравматичної симптоматики. Натомість найпотужнішими захисними чинниками виступили резильєнтність і емоційна регуляція, які продемонстрували сильні негативні кореляції з ПТСР, а також соціальна підтримка й психологічна гнучкість, що також асоціювалися зі зниженням симптоматики. Проблемно-орієнтований копінг мав помірний захисний ефект, тоді як емоційно-орієнтований копінг не виявив статистично значущого зв'язку, що підтверджує його неоднозначну функцію і залежність від конкретного змісту стратегій.

Порівняльний аналіз психологічних профілів у групах з низьким, помірним і високим рівнем ПТСР дозволив конкретизувати отримані висновки: низький рівень симптоматики поєднувався з вищими показниками

резильєнтності, емоційної регуляції, соціальної підтримки та психологічної гнучкості й нижчим рівнем уникнення; високий рівень ПТСР, навпаки, характеризувався домінуванням уникання та зниженням ресурсних характеристик. Це підтверджує, що посттравматична симптоматика у ветеранів тісно пов'язана не лише з наявністю травматичного досвіду, а з тим, якими способами людина намагається впоратися з переживанням і які ресурси залучає.

Узагальнюючи, розділ 2 емпірично обґрунтував ресурсно-орієнтоване розуміння подолання ПТСР: центральним механізмом ризику є уникнення, тоді як ключовими механізмами психологічного відновлення виступають резильєнтність, емоційна регуляція, психологічна гнучкість і соціальна підтримка, доповнені активними проблемно-орієнтованими стратегіями. Отримані результати стали підставою для формулювання практичних рекомендацій, спрямованих на зменшення уникнення, розвиток навичок саморегуляції, посилення внутрішніх ресурсів і відновлення підтримувальних соціальних зв'язків як необхідних умов успішної реадаптації ветеранів до мирного життя.

## ВИСНОВКИ

Проведене дослідження було спрямоване на теоретичне обґрунтування та емпіричне вивчення психологічних механізмів подолання посттравматичного стресового розладу у ветеранів бойових дій. Отримані результати дозволяють сформулювати низку узагальнених висновків, що відображають як закономірності функціонування посттравматичного стану, так і роль ресурсних психологічних чинників у процесі адаптації до травматичного досвіду.

Теоретичний аналіз показав, що посттравматичний стресовий розлад у ветеранів є не лише симптомокомплексом інтрузій, уникнення та гіперактивації, а комплексним порушенням системи психічної саморегуляції. Бойова травматизація спричиняє глибокі зміни в емоційній, когнітивній та поведінковій сферах, трансформує базові уявлення про себе і світ, порушує відчуття безпеки та контролю. Особливо значущими є труднощі емоційної регуляції, схильність до ригідних стратегій уникання та зниження довіри до соціального середовища. Таким чином, ПТСР у ветеранів слід розглядати як стан, у якому травматичний досвід залишається психологічно неінтегрованим, а регуляторні механізми функціонують у режимі хронічного напруження.

Емпірично підтверджено наявність вираженого посттравматичного дистресу. Результати дослідження рівня симптомів ПТСР засвідчили, що у вибірці ветеранів, які звернулися по допомогу, спостерігається підвищений посттравматичний дистрес із домінуванням симптомів гіперактивації та інтрузій на тлі значущого уникання. Це свідчить про збереження стану внутрішньої напруги, підвищеної настороженості та недостатньої інтеграції травматичних спогадів.

Водночас виявлено значну індивідуальну варіативність, що підкреслює неоднорідність психологічних профілів ветеранів і необхідність індивідуалізованих програм допомоги.

Структура копінгу має вирішальне значення у підтриманні або послабленні симптомів. Дослідження копінг-стратегій показало, що у вибірці переважає копінг уникнення, тоді як проблемно-орієнтовані стратегії представлені меншою мірою. Це є принципово важливим, оскільки саме уникнення виступає механізмом, що підтримує посттравматичну симптоматику, блокуючи переробку травматичного досвіду.

Емоційно-орієнтований копінг виявився амбівалентним, не демонструючи чіткого зв'язку з рівнем ПТСР, що підтверджує його залежність від змісту використовуваних стратегій. Кореляційний аналіз дозволив емпірично підтвердити гіпотезу дослідження та чітко диференціювати ризикові та захисні механізми.

Ризиковий чинник характеризується як копінг уникнення, який прямо пов'язаний із підвищенням симптоматики ПТСР. Захисні чинники характеризуються як резильєнтність (найпотужніший внутрішній ресурс), емоційна регуляція, психологічна гнучкість (усвідомленість), соціальна підтримка, проблемно-орієнтований копінг.

Ці чинники формують систему психологічної стійкості, що пом'якшує вплив травматичного досвіду, сприяє інтеграції пережитого та зниженню інтенсивності посттравматичних проявів.

Порівняльний аналіз груп із різним рівнем симптоматики показав, що низький рівень ПТСР асоціюється з високою резильєнтністю, розвиненою емоційною регуляцією, більшою психологічною гнучкістю та вищим рівнем соціальної підтримки; високий рівень ПТСР поєднується з домінуванням уникання, виснаженням внутрішніх ресурсів і зниженням регуляторних можливостей. Це свідчить, що тяжкість посттравматичних проявів визначається не лише характером травми, а й станом психологічних механізмів подолання.

Отримані дані підтверджують, що подолання ПТСР у ветеранів є процесом відновлення порушеної системи саморегуляції через: зниження уникання, розвиток навичок емоційної регуляції, посилення резильєнтності,

формування психологічної гнучкості, відновлення соціальних зв'язків. Таким чином, ефективна допомога має бути спрямована не лише на редукцію симптомів, а на зміцнення системи психологічних ресурсів.

Результати дослідження дають науково обґрунтовану основу для побудови програм психологічної допомоги ветеранам, що мають включати: роботу зі зменшення уникання, тренування навичок емоційної саморегуляції, розвиток резильєнтності, підтримку соціальних зв'язків, формування усвідомленості та психологічної гнучкості. Такі програми сприяють не лише зниженню посттравматичного дистресу, а й довготривалій адаптації ветеранів до мирного життя.

Психологічні механізми подолання ПТСР у ветеранів є ключовою ланкою, що визначає перебіг посттравматичних реакцій. Домінування уникання підтримує симптоматику, тоді як резильєнтність, емоційна регуляція, психологічна гнучкість і соціальна підтримка виступають основними ресурсами адаптації. Отже, подолання ПТСР – це процес відновлення внутрішньої психологічної рівноваги через активацію ресурсів особистості та перебудову способів реагування на травматичний досвід.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко М. Л. Профілактика професійного вигорання працівників соціальної сфери : методичні рекомендації. Лютіж : Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів, 2008. 53 с.
2. Андрійчук Н. А. Психологічні особливості перфекціонізму як чинника емоційного вигорання у студентів : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07. Хмельницький, 2018. 251 с.
3. Афанасьєв А. М. Психологічні характеристики мотиваційної сфери професіонала в умовах емоційного вигорання. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2020. № 4 (21). С. 60–64.
4. Бажанова Н. А. Перфекціонізм: актуальні проблеми досліджень. *Практична психологія та соціальна робота*. 2015. № 12. С. 7–10.
5. Бережна О. В. Теоретичний аналіз проблеми перфекціонізму в психології. *Теорія і практика сучасної психології*. 2021. № 2. С. 7–11.
6. Бондар С. П. Креативність в професійній діяльності та професійне вигорання. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2014. Вип. 1. Т. 1. С. 238–244.
7. Бучинська Л. М. Особливості прояву перфекціонізму у студентської молоді. *Молодий вчений*. 2019. № 9 (73). С. 270–275.
8. Власенко Н. Є. Особливості функціонування перфекціонізму як особистісного феномену. *Психологічний часопис*. 2019. № 1 (21). С. 95–114.
9. Галян І. М., Галенкова І. А. Зв'язок копінг-стратегії «планування» з психологічними характеристиками особистості. *Психологічні перспективи*. 2018. Вип. 32. С. 82–95.
10. Герасимова О. О. Особливості перфекціонізму у майбутніх психологів. *Психологічні перспективи*. 2019. Вип. 34. С. 81–93.
11. Гресь М. Феномен перфекціонізму: генеза, структура, функції. *Психологія: реальність і перспективи*. 2021. Вип. 16. С. 57–62.

12. Грицук О. С. Перфекціонізм як психологічний феномен. *Психологічні перспективи*. 2018. Вип. 31. С. 78–90.
13. Губенко Л. М. Перфекціонізм як чинник емоційного вигорання студентів. *Психологічний часопис*. 2021. № 1 (45). С. 49–58.
14. Дорошенко О. Ю. Психологічні особливості перфекціонізму студентів. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2020. Вип. 1. С. 57–61.
15. Дубасенюк О. А. Теоретичні і методичні засади розвитку і самовдосконалення особистості педагога-новатора в контексті модернізації нової української школи : зб. наук.-метод. праць. Житомир : Вид-во Євенок О. О., 2017. (зокрема: С. 62–67).
16. Єрмоленко О. О. Перфекціонізм як фактор особистісного розвитку. *Психологічний часопис*. 2018. № 3 (13). С. 40–50.
17. Заболотна Н. В. Особливості прояву перфекціонізму у студентів. *Психологічні перспективи*. 2017. Вип. 30. С. 68–78.
18. Іваненко О. М. Психологічні чинники емоційного вигорання студентів. *Вісник ОНУ. Серія психологія*. 2017. Т. 22. Вип. 2 (40). С. 66–74.
19. Карпенко О. В. Психологічні детермінанти емоційної напруги у студентської молоді. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. 2016. № 4. С. 112–118.
20. Карамушка Л. М. Професійне вигорання: діагностика та профілактика. Київ : Міленіум, 2015. 272 с.
21. Келлі Г. А. Теорія особистісних конструктів. Харків : Гуманітарний центр, 2010. 320 с.
22. Кокун О. М. Психологія професійного становлення сучасного фахівця. Київ : Інтерсервіс, 2012. 312 с.
23. Кузнецова О. В. Перфекціонізм у структурі особистості: теоретичний аналіз. *Психологія і суспільство*. 2018. № 2. С. 68–78.
24. Литвинчук Л. М. Перфекціонізм як чинник професійного вигорання. *Психологія: реальність і перспективи*. 2019. Вип. 12. С. 134–139.

25. Макарчук Н. О. Особливості розвитку Я-концепції в пізньому юнацькому віці як чинника конфліктних форм поведінки. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. 2005. № 12. С. 62–69.
26. Максименко С. Д. Особливості прогнозування внутрішніх ліній психічного здоров'я особистості. *Проблеми сучасної психології*. 2013. № 2. С. 4–14.
27. Максименко С. Д. Синдром «професійного вигорання» та професійна кар'єра працівників освітніх організацій: гендерні аспекти : навч. посіб. Київ : Міленіум, 2004. 264 с.
28. Марчук С. Теоретичний аналіз вивчення перфекціонізму в українській психологічній науці. *Knowledge, Education, Law, Management*. 2020. № 8 (36). С. 141–144.
29. Мащак С. О. Професійне вигорання особистості як соціально-психологічна проблема. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна*. 2012. Вип. 2(1). С. 444–452.
30. Мирончук Н. М. Основи самоорганізації у професійній діяльності : навчально-методичний посібник. Житомир : Житомирський державний університет ім. І. Франка, 2020. 133 с.
31. Мирончук Н. М. Професійне вигорання викладача вищої школи: чинники, ознаки, способи протидії. У кн.: Теоретичні і методичні засади розвитку і самовдосконалення особистості педагога-новатора... Житомир : Вид-во Євенок О. О., 2017. С. 62–67.
32. Мілорадова Н. Е. Теоретичні концепції негативного професіогенезу особистості. *Sciences of Europe. Psychological sciences*. 2017. № 19 (19). С. 62–68.
33. Мудрик А. Б. До питання професійних адикцій особистості. *Психологічні перспективи*. 2016. Вип. 27. С. 113–125.
34. Мудрик А. Б. Трудоголізм як професійна адикція особистості. *Психологічні перспективи*. 2017. Вип. 29. С. 175–186.

35. Павлова В. С. Перфекціонізм як психологічний феномен. Збірник наукових праць. *Психологічні науки*. 2013. Т. 2. Вип. 10(91). С. 242–248.
36. Павлова В. С. Проблема перфекціонізму особистості та чинників, які впливають на його формування та розвиток. *Вісник ОНУ. Серія психологія*. 2016. Т. 18. Вип. 22. Ч. 3. С. 8–17.
37. Петрунько О. Амбівалентний дискурс перфекціонізму. Вчені записки Університету «КРОК». 2020. № 4 (60). С. 233–247.
38. Проскурняк О. П., Чаплак Я. В., Чуйко Г. В. Переживання емоційного вигорання та депресії у студентському віці. *Психологічний часопис : зб. наук. праць / за ред. С. Д. Максименка*. 2017. № 10 (6). С. 149–162.
39. Сняданко І. І., Матковська А. В. Дослідження впливу перфекціонізму на вибір кар'єрних орієнтацій працівниками організацій. *Проблеми сучасної психології*. 2019. № 1. С. 127–135.
40. Чуйко Г. В., Чаплак Я. В. Проблема перфекціонізму в психології. *Міжнародний науковий журнал «Грааль науки»*. 2023. № 24. С. 640–646.
41. Frost R. O., Marten P., Lahart C., Rosenblate R. The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*. 1990. Vol. 14. P. 449–468.
42. Hewitt P. L., Flett G. L. Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991. Vol. 60(3). P. 456–470.
43. Stoeber J., Otto K. Positive conceptions of perfectionism: approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*. 2006. Vol. 10(4). P. 295–319.
44. Shafran R., Cooper Z., Fairburn C. G. Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*. 2002. Vol. 40(7). P. 773–791.
45. Fairburn C. G. *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York : Guilford Press, 2008. 324 p.

46. Cash T. F. *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. 2nd ed. New York : Guilford Press, 2011. 514 p.
47. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 5th ed. Washington, DC : APA, 2013. 947 p.
48. World Health Organization. *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)*. Geneva : WHO, 2019.
49. Beck A. T. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York : International Universities Press, 1976. 356 p.
50. Lazarus R. S., Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York : Springer, 1984. 445 p.
51. Gross J. J. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*. 1998. Vol. 2(3). P. 271–299.
52. Maslach C., Jackson S. E., Leiter M. P. *Maslach Burnout Inventory Manual*. 3rd ed. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press, 1996. 52 p.