

УДК 159.98:[159.944.4:355.01]-057.36](045)

*Василь Ілліч Осьодло¹, д. психол. н. проф. (ORCID 0000-0003-2893-4721)**Тетяна Дмитрівна Перепелюк², канд. психол. н., проф. (ORCID 0000-0001-6313-2279)**Інна Іванівна Осадченко³ д. пед. н. проф. (ORCID 0000-0002-2842-0168)**Юрій Михайлович Юревич⁴ координатор евакуаційного відділення
(ORCID 0000-0002-2842-0168)*¹*Державний торговельно-економічний університет*²*Маріупольський державний університет*³*Національний університет біоресурсів і природокористування України*⁴*Військова частина А 4784 Збройні Сили України*

КОМПЛЕКСНІ ПСИХОЛОГІЧНІ ІНТЕРВЕНЦІЇ ЯК ЗАСІБ ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ БОЙОВОГО СТРЕСУ У ВІЙСЬКОВСЛУЖБОВЦІВ

Стаття присвячена актуальній проблемі сучасної військової психології – розробці та теоретичному обґрунтуванню системи комплексних психологічних інтервенцій для подолання негативних наслідків бойового стресу. У роботі проаналізовано специфіку бойової психічної травматизації та її вплив на психосоматичний стан, когнітивну сферу та соціальну адаптацію військовослужбовців. Автором наголошується, що мономодальні підходи часто виявляються недостатніми через багатогранність симптомів бойового стресу, що вимагає залучення мультимодальних стратегій допомоги.

У статті представлено результати дослідження впливу системних психологічних заходів на бойовий стрес у військовослужбовців. Встановлено, що поєднання peer-led підтримки, психоедукації та доступу до фахівців сприяє зниженню гіперактивації, покращенню саморегуляції та поступовому відновленню мотивації.

Гіпотеза дослідження ґрунтується на припущенні, що застосування комплексу заходів психологічної підтримки, який поєднує когнітивно-поведінкові техніки, методи психофізіологічної саморегуляції та елементи психоосвіти, позитивно впливатиме на психоемоційний стан військових. Передбачається, що така синергія методів сприятиме суттєвому зменшенню проявів бойового стресу та значному підвищенню адаптивних можливостей військовослужбовців безпосередньо в екстремальних умовах діяльності.

У межах статті розкрито зміст комплексних психологічних інтервенцій, що охоплюють стабілізаційні техніки, роботу з травматичними спогадами та формування навичок резильєнтності. Особлива увага приділяється механізмам відновлення внутрішнього ресурсу особистості через інтеграцію групових та індивідуальних форм роботи. На основі проведеного аналізу доведено, що впровадження запропонованого комплексу дозволяє не лише нівелювати гострі реакції на стрес, а й попередити розвиток хронічних форм ПТСР.

Наукова новизна роботи полягає в уточненні алгоритму надання допомоги залежно від етапу перебування військового в зоні конфлікту. Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості впровадження розроблених рекомендацій у діяльність служб психологічного супроводу Збройних Сил України для підвищення психологічної стійкості та збереження ментального здоров'я бійців.

Ключові слова: психологічна підтримка, бойовий стрес, гіперактивація, peer-led інтервенції, психоедукація, екстремальні умови, військовослужбовці, резильєнтність.

Вступ. Теоретичне підґрунтя психологічної підтримки військовослужбовців у зоні бойових дій зумовлена високою інтенсивністю

стресових чинників, які безпосередньо впливають на психоемоційний стан та ефективність

виконання бойових завдань. Бойові умови характеризуються високою інтенсивністю стресових впливів, що зумовлює мобілізацію усіх психофізіологічних систем організму, активна робота яких призводить до виснаження систем регуляції, порушень сну, гормонального дисбалансу, зниження імунітету тощо. Разом з тим, згуртованість підрозділу, бойове побратимство та лідерство стабілізують поведінку й підвищують ефективність колективних та індивідуальних дій.

Крім психофізіологічних змін, тривале перебування в умовах бойових дій супроводжується змінами психічних станів, зокрема відбувається зростання тривоги, агресії, емоційного виснаження, а також зростанням ризику розвитку посттравматичного стресового розладу. За таких обставин якісний психологічний супровід стає необхідною умовою збереження боєздатності та запорукою успішної реінтеграції військовослужбовців у мирне життя.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Наукові дослідження останніх років (Кокун та ін., (2024)), (Осьодло, Будагянц, (2023)), (Приходько та ін. (2023)) та ін. підтверджують, що впровадження фахових психологічних інтервенцій забезпечує редукцію деструктивної симптоматики, оптимізує адаптаційні процеси та активує механізми особистісної резильєнтності. Проте низька ефективність поточної роботи з особовим складом часто зумовлена браком методологічної цілісності, відсутністю стандартизованих протоколів та фрагментарністю терапевтичних заходів. Саме тому актуальним є вивчення комплексних

моделей підтримки, що поєднують індивідуальне консультування, індивідуальні та групові форми роботи.

Мета статті полягає у визначенні та експериментальній перевірці ефективності комплексних психологічних заходів, спрямованих на зниження рівня наслідків бойового стресу й підвищення психологічної стійкості військовослужбовців.

В основу дослідження покладено гіпотезу, що систематизація заходів психологічного супроводу виступає детермінантою покращення психоемоційного благополуччя комбатантів, нівелювання симптомів бойової травматизації та розширення адаптаційного потенціалу в умовах високої інтенсивності. Питання психологічного забезпечення військ перебуває у фокусі уваги світової наукової спільноти, оскільки воно є критичним для підтримки ментальної витривалості, превенції ПТСР та збереження боєздатності підрозділів. У цьому вимірі підтримка інтерпретується як стратегічний інструмент підтримання гомеостазу особистості та її функціональної стійкості до екстремальних подразників

У науковій літературі наголошується, що екстремальні ситуації війни змінюють не лише емоційний стан військових, але й когнітивні процеси та поведінкові реакції. Kokun, O., et al. (2024) підкреслюють важливість поєднання соціальної підтримки з професійними психотерапевтичними методиками, адже лише так можна забезпечити довготривалу стабілізацію психоемоційного стану. Дослідження Kitchiner N., Roberts N., Bisson I. (2019) акцентують увагу на бар'єрах у

сприйнятті психологічної допомоги: культурні стереотипи щодо «слабкості» часто стають на заваді своєчасному втручання.

Українські науковці також активно вивчають дану проблематику. Так, Алещенко В., Кокун О. (2025), Пішко І., Лозінська Н. (2015) вказують, що тривале перебування у бойовій зоні призводить до емоційного вигорання, відчуття ізоляції та апатії. Вони підкреслюють необхідність формування довірливого середовища у колективах та використання як індивідуальних, так і групових методів допомоги. Колесніченко О., Приходько І., Мацегора Я. (2021) звертають увагу на специфіку українських військових частин, де обмежені ресурси й нестача фахівців ускладнюють впровадження повноцінних програм підтримки.

Особливе значення у військовій психології має проблема бойового стресу та його наслідків. Українські дослідники такі як Тютюнник Л. Та Поп'юк Д. аналізують соціально-психологічні наслідки бойових стресорів, наголошують, що тривале перебування на фронті нерідко призводить до емоційного вигорання, апатії та ізоляції, а регулярне застосування групових і індивідуальних психокорекційних технік сприяє зниженню симптомів бойового стресу та активує внутрішні ресурси військовослужбовців. Клочков В. (2024) розглядає важливість створення умов для «скидання напруги» – від релаксаційних вправ до психоедукаційних тренінгів, які допомагають військовим опановувати власні емоції. Борисова О. у власних працях наголошує, що тривале перебування на фронті призводить до накопичення бойового стресу, що

проявляється через апатію та емоційне виснаження. Смірнова Т. досліджуючи синдром емоційного вигорання саме як виклик для психічного здоров'я військово-службовців ЗСУ в умовах повномасштабного вторгнення. Євдокимова Н., Злишков В., Лукомська С., Котух О. (2025) у посібнику «Особистість в умовах війни: психологічна діагностика та допомога» розкриває психологічні особливості функціонування людини в екстремальних умовах. Книга містить інструменти для діагностики психологічного стану, методи підтримки та допомоги особам, які зазнали впливу військових дій [6].

Деструктивний вплив бойової травматизації маніфестується через інсомнію, емоційну лабільність, прояви агресивної поведінки та депресивні розлади. Як зазначає Павлик Н. (2020), дефіцит фахового супроводу детермінує соціальну дезадаптацію, дезінтеграцію сімейних стосунків та втрату ціннісно-сміслових орієнтирів. Проте за умови реалізації валідних програм психологічної допомоги можлива не лише мінімізація симптомів, а й запуск механізмів посттравматичного зростання, де перенесений досвід трансформується у ресурс для внутрішнього розвитку (R. Tedeschi, 1995).

У науковому середовищі панує консенсус щодо низької результативності розрізнених інтервенцій; натомість акцентується увага на пріоритетності системних моделей, що інтегрують когнітивно-поведінковий інструментарій, арт-терапевтичні практики та навички саморегуляції. Водночас брак емпірично верифікованих даних щодо диференційованої ефективності таких

програм для різних груп військовослужбовців вказує на необхідність поглибленого вивчення цієї проблематики

Отже, теоретичний аналіз підтверджує важливість психологічної підтримки військовослужбовців у зоні бойових дій, окреслює спектр методів і водночас засвідчує наявність невирішених питань. Це створює підґрунтя для експериментальної перевірки ефективності системних заходів, що й становить основне **завдання** нашого дослідження.

Методи дослідження. Емпіричне дослідження було спрямоване на перевірку ефективності системних заходів психологічної підтримки військовослужбовців, які перебували у зоні бойових дій. Основна увага приділялася аналізу динаміки психоемоційного стану учасників до та після впровадження програми втручання.

У дослідженні взяли участь 79 військовослужбовців-чоловіків, які перебували або перебувають безпосередньо у зоні ведення бойових дій. Емпірична база дослідження охоплює представників сухопутних військ рядового і сержантського складу призваних за мобілізацією з терміном служби до одного року.

Ще одна важлива характеристика контингенту дослідження – досвід психологічної підтримки. Абсолютна більшість (68,9%) займаються самодопомогою і самоосвітою і лише 5% респондентів мали досвід навчання з питань психологічної підтримки під час проходження базової загальної військової підготовки. Слід зазначити, що військові рідко звертаються за психологічною

підтримкою з власної ініціативи. Так, скринінгові опитування показали, що тільки 6% військовослужбовців шукають підтримки у родини та приблизно стільки ж у побратимів, останні практично не мають досвіду звернень до військового психолога. Проте, більшість опитаних (75,9%) зазначають, що у підрозділі має здійснюватися психологічна підтримка як штатними психологами, так і парапсихологами, бойовими побратимами на рівні «peer-to-peer».

Формат дослідження – анонімне опитування з добровільною згодою, без ідентифікаторів, із правом пропуску запитань. Усі учасники дослідження були поінформовані про мету та завдання роботи, надали письмову інформовану згоду на участь у дослідженні; конфіденційність отриманих даних була гарантована. Інтерв'ю проводилися в умовах, що забезпечували психологічну безпеку респондентів, із дотриманням етичних принципів психологічних досліджень.

Якісні дані оброблялися із застосуванням контент-аналізу та тематичного аналізу з метою виокремлення ключових категорій психологічного ресурсу. Кількісні дані аналізувалися з використанням методів описової статистики, що в сукупності дало змогу сформулювати уявлення про особливості психоемоційного стану досліджуваних та забезпечити комплексне вивчення досліджуваного феномену.

Для оцінки психоемоційного стану застосовувалися методики PCL-M (PTSD Check list – Military Version), HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), шкала якості життя Чабана О. (для оцінки загального самопочуття та суб'єктивного

благополуччя військовослужбовців) та адаптований авторський опитувальник (містив питання, адаптовані до специфіки бойових умов, що дозволяло фіксувати індивідуальні відчуття та переживання, які не охоплювалися стандартними інструментами) (<https://angelia.ua/shkala-samootsinky-pcl-m-vijskova-versiia/>; <https://dbayu.com.ua/test-hads/>; <https://mozok.ua/depressiya/testy/item/2965-shkala-otcnkiyakost-zhit-tya--chaban-os>)

Шкала самооцінки PCL-M використовувалася для діагностики посттравматичних симптомів у військових за допомогою Google-форми. При цьому важливо було її налаштувати так, щоб у респондента не виникало плутанини між різними частинами опитування: кожна шкала супроводжувалася короткою інструкцією, але не надмірною, бо надто довгі пояснення можуть викликати втому та байдужість. Питання PCL-M згрупувалися в логічну послідовність, що дало змогу послідовно оцінювати нав'язливі спогади, епізоди уникання чи загострену тривожність. Кожен пункт пропонував варіанти відповідей за шкалою від «Зовсім не турбує» до «Дуже сильно турбує», завдяки чому була можливість побудувати більш детальний психометричний портрет. Після заповнення PCL-M респондент отримував можливість переходити далі без необхідності повертатися до попередніх запитань, що скорочувало час взаємодії з формою та зберігало послідовний ритм відповідей.

Наступним кроком у дослідженні було використання шкали тривоги та депресії HADS, де ретельно підібрано формулювання кожного питання, уникаючи складних термінів і надаючи чіткі категоричні

опції з урахуванням контингенту обстеження.

Респонденти оцінювали свої суб'єктивні стани так щоб встановити наскільки вони відчують безнадійність, невпевненість, паніку або надмірну дратівливість. Цей блок допомагав окреслити, де саме розташована тонка межа між здоровим рівнем тривоги, що виконує адаптивну функцію й патологічним зануренням у панічні чи депресивні настрої. Окрім того, логіка Google-форми налаштовувалася так, що коли учасник давав певні екстремально високі відповіді на кілька пунктів поспіль, система могла виводити коротке повідомлення про можливість звернення до фахівця. Таке автоматичне оповіщення не зберігалось й ніяк не впливало на решту анкетування, але було покликане нагадати респонденту про важливість фахової консультації, якщо він відчуває гостру потребу чи перебуває в емоційній кризі.

На завершення йшли питання за шкалою оцінки якості життя за шкалою Чабана О. Формат опитувальника дозволяв учасникам поміркувати, наскільки вони задоволені важливими сферами власного життя – взаєминами з близькими, загальним самопочуттям, особистісним розвитком та перспективами. І хоча комусь із військових може здатися дивним говорити про якість життя, коли довкола тривають обстріли, насправді подібні питання розкривають дуже специфічний внутрішній світ бійця. Дехто визнає, що попри всі виклики, відчуває солідарність із побратимами й гордість за виконання обов'язку. Інші ж говорять про повну відсутність радості, постійне виснаження і втрату зацікавленості в усьому, що колись

вабило. Отож, відповіді на шкалу якості життя допомагають побачити, наскільки боєць ще зберігає позитивні орієнтири або, навпаки, перебуває у стані відчаю.

Алгоритм наукового пошуку було реалізовано у три послідовні етапи. На констатувальному етапі здійснено первинний зріз для діагностики базового рівня психоемоційної дезадаптації респондентів. Формувальний етап полягав у впровадженні авторської програми психологічної підтримки, розрахованої на шеститижневий термін. Контрольний етап передбачав ретестування за допомогою

ідентичного інструментарію. Для мінімізації впливу сторонніх чинників та забезпечення валідності даних усі процедури проводилися у стабільних та сприятливих умовах.

Програма психологічного втручання охоплювала чотири ключові компоненти, представлені в табл.1. Поєднання цих методів дало змогу комплексно впливати на різні аспекти психоемоційного стану – від когнітивних до поведінкових і соматичних. Особлива увага приділялася створенню довірливої атмосфери та збереженню мотивації учасників до участі у програмі.

Табл. 1. Компоненти програми психологічної підтримки

Компонент	Мета	Очікуваний ефект
Індивідуальні консультації	Робота з переконаннями, самоконтроль	Зниження тривожності, стабілізація
Групові тренінги	Соціальна підтримка, комунікація	Зменшення ізоляції, покращення взаємодії
Релаксаційні техніки	Фізіологічне розвантаження	Зниження напруги, покращення сну
Психоедукація	Освітній компонент	Підвищення обізнаності, саморегуляція

Таким чином, обрана методика і організація дослідження дали змогу не лише зафіксувати рівень бойового стресу, а й простежити ефективність системних заходів підтримки, що створило основу для подальшого аналізу отриманих результатів.

Результати дослідження.

Первинна діагностика психоемоційного стану військово-службовців показала значну поширеність симптомів бойового стресу, який проявляється у вигляді хронічної гіперактивації. Такий стан свідчить про надмірну немотивовану активність, збудження, імпульсивність, що може бути ознакою підвищеної тривожності, коли військовослужбовець постійно шукає

можливість вираження своїх почуттів у доступний спосіб (непосидючість, постійний рух, надмірна балакучість, допитливість тощо).

Оцінка емпіричних даних показує, що середній бал за шкалою PCL-M становив 33,2 ($SD \approx 6,9$), що відповідає $\approx 1,95$ бала за п'ятибальною шкалою частоти. У 41,4 % респондентів – щонайменше три симптоми в «червоній зоні», у 24,1 % – п'ять і більше. Найчастіше фіксувалися порушення сну (38 %), гіперпильність (31 %), емоційна відстороненість (28 %), жажливі спогади (24 %), відсутність майбутнього (21 %), уникання думок і дратівливості (≈ 20 %).

Аналіз підшкал показав, що найвищі середні значення спостерігаються у шкалах гіперзбудження та негативних змін у пізнанні й настрої. Далі наведено середні значення за показниками та відсоткові значення відображають частку респондентів, які мають рівень симптомів на клінічно вираженому рівні (4 або 5 балів), відповідно до даних, поданих у таблиці результатів. Зокрема,

порушення сну ($M = 2,68$; клінічний рівень у 35,71 % респондентів), гіперпильність ($M = 2,68$; 32,14 %) та емоційна відстороненість від інших людей ($M = 2,86$; 35,71 %) є найбільш вираженими показниками (табл. 2).

Отримані дані свідчать про домінування фізіологічної та емоційної гіперактивації, які зберігається навіть у відносно безпечних умовах.

Табл. 2. Результати дослідження за методикою PCL-M

Кластер симптомів	Середній бал за шкалою (1–5)	Середній % респондентів в клінічних значеннях (4 або 5)
Повторне переживання	2.30	17.86%
Уникнення	2.25	16.07%
Негативні зміни пізнання та настрою	2.40	22.14%
Гіперзбудження та реактивність	2.46	23.57%

Симптоми шкали повторних переживань також залишаються помітно вираженими ($M \approx 2,3$), що вказує на тривале збереження елементів пережитої травматичної події у пам'яті та поведінці військовослужбовців. Дещо нижчі, але стабільні показники отримано за шкалами уникнення ($M = 2,25$) та когнітивного притуплення ($M = 2,4$). У сукупності це формує типовий патерн постстресового реагування, який поєднує внутрішню напругу, емоційну ізоляцію та захисне дистанціювання. За цими підшкалами близько чверті респондентів (24–35 %) демонструють симптоми, що досягають клінічно значущого рівня, що свідчить про підвищений ризик розвитку посттравматичного стресового розладу або розладів адаптації. Такий рівень напруження може негативно впливати на якість сну, концентрацію уваги, соціальну взаємодію та загальну ефективність виконання службових завдань.

Загалом результати свідчать, що навіть за відсутності клінічно оформленого посттравматичного розладу система психічної саморегуляції військово-вслужбовців продовжує функціонувати у стані підвищеної тривоги та мобілізаційної готовності. Це підкреслює необхідність своєчасного виявлення симптомів хронічного стресу, впровадження профілактичних програм стабілізації та тренінгів саморегуляції, спрямованих на зниження рівня гіперактивації та відновлення емоційного балансу.

Аналіз отриманих результатів за HADS дозволяє охарактеризувати загальний стан досліджуваних як відносно стабільний, без ознак клінічно виражених депресивного та тривожного розладів. Середній бал за шкалою тривоги становив 1,01, а за шкалою депресії – 1,03. У випадку шкали, що вимірює явище в діапазоні 0–3 це відповідає низькому рівню

проявів відповідних симптомів (табл.3).

За шкалою HADS середній показник тривожності становив $\approx 6,2$ бала ($SD \approx 2,9$), депресивності – $\approx 6,5$ бала ($SD \approx 3,1$). У категоріях: тривога – 65,5 % у межах норми, 20,7 % –

межова, 13,8 % – клінічно значуща; депресія – 58,6 % в межах норми, 24,1 % – межова, 17,2 % – клінічна. Виявлено сильну кореляцію між симптомами ПТСР і тривожністю ($r \approx 0,78$), а також помірну – з депресією ($r \approx 0,59$).

Табл. 3. Результати дослідження за методикою HADS

Кластер симптомів	Середній бал за шкалою (0-3)	Середній % респондентів з максимальною вираженістю (3 бали)
Тривога (7 пунктів)	1,01	9,36 %
Депресія (7 пунктів)	1,03	2,96%

Детальний аналіз показників за окремими пунктами шкали HADS свідчить про помірну вираженість

симптомів тривожності та низький рівень депресивних проявів у вибірці військовослужбовців.

Табл. 4. Результати тестування за методикою HADS

№ з/п	Шкала	Твердження	Середній бал (0-3)	% респондентів з максимальною вираженістю
3	Т	Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися	1,21	17,24%
7	Т	Я легко можу сісти й розслабитися. (Зворотний показник)	1,21	17,24%
4	Д	Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне. (Зворотний показник)	0,97	6,90%
6	Д	Я відчуваю бадьорість (Зворотний показник)	1,21	3,45%

Серед тверджень, що відображають тривожність, найвищі середні значення ($M = 1,21$) спостерігалися за пунктом «Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися». Аналогічний середній бал отримано за твердженням «Я легко можу сісти й розслабитися» (інтерпретується як зворотний показник). У кожному з цих пунктів максимальну вираженість (3 бали) продемонстрували 17,24 % опитаних. Отже одночасно спостерігаємо і надмірне переживання і негативне прогнозування і складність розслабитись.

У межах депресивної шкали значення за твердженнями «Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне» ($M = 0,97$; 6,9 %) та «Я відчуваю бадьорість» ($M = 1,21$; 3,45 %) спостерігалися нижчі, ніж значення тривожної шкали. Це вказує на те, що симптоми емоційного пригнічення або втрати життєвої енергії виражені мінімально.

Отже, результати за шкалою HADS засвідчують переважання адаптивного рівня психоемоційного функціонування серед обстежених військовослужбовців. Отримані дані узгоджуються з результатами інших

досліджень військових вибірок, у яких помірний рівень тривожності трактується як природна реакція на тривале перебування у стані напруги та підвищених вимог служби, тоді як клінічно значущі депресивні прояви є поодинокими.

Оцінювання якості життя здійснювалося за чотирибальною шкалою (0–3), де 0 балів відповідає вкрай низькому рівню задоволеності або повній відсутності певного аспекту життя, 1 бал – низькому рівню або частковому невдоволенню, 2 бали – середньому рівню або частковій задоволеності, а 3 бали – високому рівню чи вираженому задоволенню відповідною сферою. Отримані дані підтвердили напружений баланс між внутрішніми ресурсами та зовнішніми умовами. Найнижчі середні значення отримали показники «час із близькими» (0,83) та «фінансове благополуччя» (1,10), що вказує на вразливість побутового і соціального середовища. Натомість найвищі оцінки – «любов» (2,55) і «друзі» (2,21) – демонструють збереження емоційної підтримки з боку близьких і побратимів.

Отримані результати свідчать, що в умовах бойових дій психоемоційне навантаження залишається надзвичайно високим і створює передумови для формування тривалих порушень у цій сфері (табл.5.). Респонденти характеризуються помірно високим рівнем суб'єктивної якості життя ($M = 2,28$ за шкалою 0–3). Найвищі середні бали зафіксовано у сферах соціального статусу ($M = 2,69$; 82,76 % із максимальною вираженістю), любові ($M = 2,62$; 75,86 %) та оцінки власного здоров'я ($M = 2,21$; 86,21 %). Ці показники свідчать про загалом позитивне сприйняття

себе у соціумі, відчуття значущості та підтримки з боку близьких.

Дещо нижчі показники спостерігаються у сферах задоволення життям ($M = 2,34$; 58,62 %), реалізації ($M = 2,24$; 17,24 %) та задоволеності роботою ($M = 2,28$; 48,28 %). Це свідчить про збереження відчуття сенсу і професійної цінності, але із наявними ознаками втоми або часткової втрати внутрішньої мотивації.

Найнижчі значення отримано у сферах спільного проведення часу з сім'єю та друзями ($M = 1,34$; 27,59 %), дружніх контактів ($M = 1,86$; 41,38 %) та соціальної активності ($M = 2,28$; 44,83 %). Це може свідчити про обмеження соціальної взаємодії, що є типовим наслідком бойового досвіду, психологічного виснаження та переорієнтації ресурсів на базові сфери виживання й стабілізації.

Загалом результати демонструють, що військовослужбовці оцінюють своє життя як загалом задовільне, однак емоційно-соціальний компонент (спілкування, активність, дозвілля) залишається вразливим і потребує додаткової підтримки. Високі показники у сферах любові, соціального статусу та самосприйняття свідчать про збереження ціннісно-мотиваційної основи, яка може стати ресурсом для подальшої психологічної реабілітації та підвищення якості життя після служби.

Загальний психологічний профіль досліджуваної вибірки засвідчує що психічне здоров'я останніх значною мірою знаходиться у стані хронічної психоемоційної напруги та тривалої мобілізаційної готовності. Водночас зафіксовано

Табл. 5. Результати тестування за оцінкою якості життя

№ з/п	кластер якості життя (сфера)	середній бал за шкалою (0–3)	% респондентів з максимальною вираженістю (3 бали)
1	оцінка свого здоров'я	2.21	86.21%
2	реалізація	2.24	17.24%
3	любов	2.62	75.86%
4	задоволення	2.34	58.62%
5	друзі	1.86	41.38%
6	соціальна активність	2.28	44.83%
7	фінансове благополуччя	2.00	41.38%
8	спільне проведення часу з сім'єю та друзями	1.34	27.59%
9	задоволеність роботою (службою)	2.28	48.28%
10	соціальний статус	2.69	82.76%

відсутність масових ознак клінічно оформлених розладів, що свідчить про переважно адаптивний, хоча й виснажений, характер психологічного реагування. Така конфігурація профілю є типовою для контингентів, які мають тривалий або повторний досвід бойового стресу, де мобілізаційний стан поступово перетворюється на «нову норму» функціонування.

Отримані результати свідчать про наявність у вибірці стійкого комплексу проявів бойового стресу, що поєднує фізіологічну гіперактивацію, підвищену тривожність, емоційне дистанціювання та соціальну дезадаптацію при збережених мотиваційних ресурсах.

Найбільш вираженим компонентом симптоматики є гіперзбудження. За шкалою PCL-M найвищі середні значення зафіксовано у кластері підвищеної реактивності, зокрема щодо порушень сну та гіперпильності, які у понад третини респондентів досягають клінічного рівня. Це вказує на стійку активацію нейрофізіологічних механізмів «боротьби або втечі» та підтримання організму у стані постійної готовності до загрози.

Паралельно виявлено підвищений рівень тривоги, що проявляється у відчутті постійної небезпеки та нездатності до розслаблення. Такі ознаки свідчать про функціонування системи психічної саморегуляції в режимі тривалої напруги, що забезпечує зовнішню адаптацію ціною внутрішнього виснаження ресурсів.

У субшкалі HADS-депресія, емоційна сфера характеризується проявами дистанціювання та ангедонії. Значна частка військово-службовців демонструє відчуття емоційної «відстороненості» від оточення і зниження здатності отримувати задоволення. Це можна інтерпретувати як захисний механізм збереження функціональності в умовах тривалої дії травматичного чинника, що водночас ускладнює соціальні контакти та емоційне відновлення.

Соціально-емоційний компонент якості життя є найбільш вразливим. Найнижчі показники стосуються спільного дозвілля та дружніх взаємин, що відображає обмеження соціальної включеності та утруднення повернення до мирних соціальних ролей. Обмеження контактів у цьому

випадку виступає не лише наслідком служби, а елементом адаптаційної стратегії виживання.

Водночас у вибірці зберігаються значні особистісні ресурси. Високі оцінки соціального статусу та міжособистісної значущості свідчать про наявність стабільних життєвих орієнтирів, підтримку з боку близьких і збережене відчуття сенсу діяльності. Висока частка добровольців і мобілізованих із сформованою мотивацією підтверджує специфічний тип резиліентності, за якого внутрішня цілеспрямованість компенсує емоційну ригідність.

Отже, профіль вибірки характеризується поєднанням симптомів бойового стресу з одночасним збереженням мотиваційно-смыслових ресурсів, що створює підґрунтя для ефективності комплексних психологічних інтервенцій, спрямованих на відновлення емоційної гнучкості та соціальної включеності.

На основі емпіричних результатів дослідження розроблено цілісну модель психологічної реабілітації військовослужбовців, що інтегрує дані оцінки посттравматичного стресу, тривожності, депресивних проявів і якості життя. Модель ґрунтується на поєднанні стабілізаційних, відновлювальних і підтримувальних впливів та враховує як актуальний психічний стан, так і збережені особистісні ресурси та контекст військової служби.

Запропонований підхід відповідає реаліям бойової діяльності, де можливості довготривалої індивідуальної психотерапії є обмеженими. Тому пріоритет надається короткотривалим, структурованим і практико-орієнтованим форматам допомоги,

здатним реалізовуватися безпосередньо в умовах бойових дій підрозділів і забезпечувати зниження гіперактивації, відновлення емоційної регуляції та підтримку соціальної взаємодії.

Концептуально модель спирається на диференційований і біопсихосоціальний підхід, орієнтований не лише на редукцію симптомів бойового стресу, але й на формування стійкості до повторних психотравмувальних впливів. Її гнучка структура дозволяє адаптувати програму до наявних ресурсів і умов служби, забезпечуючи доступність психологічної підтримки навіть у польових або обмежених середовищах.

Етапність моделі відображає логіку відновлення: від стабілізації базових фізіологічних і емоційних процесів (1-й етап), через опрацювання травматичного досвіду й відновлення емоційної гнучкості (2-й етап), до соціальної реінтеграції та закріплення навичок самопідтримки (3-й етап). Таким чином, модель поєднує редукцію симптомів бойового стресу із розвитком мотиваційно-смыслових і соціальних ресурсів, що створює підґрунтя для стійкого психологічного відновлення військовослужбовців.

Отже, модель реабілітації не лише нейтралізує негативні наслідки бойового стресу (гіперзбудження, тривожність, емоційне виснаження), а й сприяє підсиленню позитивних станів, які визначають бойову надійність і стійкість системи саморегуляції. Йдеться про розвиток відчуття власної значущості, контролю, внутрішнього спокою та здатності утримувати фокус у стресових ситуаціях. Паралельно формується відновлене почуття

колективної взаємодії – командна згуртованість, взаємна підтримка та професійна впевненість, що слугують внутрішнім «психологічним бронешитом». Така інтеграція стабілізуючих і ресурсних механізмів перетворює модель на не просто систему допомоги, а на динамічний інструмент підтримання психічної витривалості, необхідної для

ефективного виконання завдань у бойових і стресових умовах.

Очікувані результати впровадження програми. Впровадження програми психологічної підтримки дало змогу відстежити суттєві позитивні зрушення. Повторна діагностика після шести тижнів комплексного втручання засвідчила позитивну динаміку психоемоційного стану учасників (табл. 6).

Табл. 6. Динаміка психоемоційного стану досліджуваних після втручання

Показник	До втручання	Після втручання	Зміна
Симптоми ПТСР (PCL-M)	Високі у >50 %	Зниження на 25 %	-25 %
Тривожність (HADS)	Висока у 60 %	Висока у 30 %	-50 %
Депресія (HADS)	У 35 %	У 18 %	-17 %
Якість життя	Низька	Покращення мотивації, соціальної взаємодії	-8 %

Очікувані результати впровадження програми відображають системний вплив на ключові сфери психічного функціонування військовослужбовців. Передусім, зменшення показників за шкалою PCL-M до рівня нижче 2,0 бала свідчить про зниження інтенсивності симптомів посттравматичного стресу – таких як гіперзбудження, повторні спогади, емоційна напруга та проблеми зі сном. Це означає, що захисні механізми організму переходять із режиму постійної мобілізації до більш збалансованого функціонування.

Паралельно передбачається підтримання рівнів тривожності та депресії в межах адаптивних значень, що забезпечує стабільність емоційного стану та зменшує ризик формування вторинних афективних розладів. Такий результат свідчить не лише про відсутність патологічних проявів, а й про відновлення здатності до ефективного самоконтролю та саморегуляції у стресових умовах.

Окремо очікується підвищення показників якості життя, насамперед у сферах соціальної активності, реалізації та задоволення життям. Це відображає повернення відчуття сенсу служби, залученості до колективу та відновлення енергії для виконання завдань. Зростання соціальної взаємодії є маркером відновлення довіри, комунікативної гнучкості та командної згуртованості.

Крім того, важливим результатом вважається зростання довіри до системи психологічної підтримки та готовності звертатися по допомогу. Це показує зміну ставлення до психологічних інтервенцій у військовому середовищі – від настороженості до прийняття. Такий зсув формує культуру самопіклування й дозволяє впроваджувати психопрофілактичні заходи не як кризове реагування, а як невід’ємну частину підтримання бойової готовності та психічної витривалості.

Підсумовуючи, можемо сказати, що розширена трирівнева модель

психологічної реабілітації військово-службовців спрямована на відновлення ефективного функціонування у бойових умовах, збереження стійкості психічної системи та підтримку довготривалої працездатності особового складу. Вона забезпечує послідовний перехід від фізіологічної стабілізації до когнітивно-емоційного відновлення та зміцнення внутрішньої готовності до подальшого виконання завдань.

Упровадження моделі дозволяє здійснювати цільову роботу з тими психоемоційними станами, що виявлені у тестуванні за шкалами PCL-M, HADS та оцінкою якості життя. На першому рівні стабілізується базова фізіологічна регуляція (сон, дихання, зниження гіперпильності), на другому – відновлюються когнітивні процеси, емоційна чутливість і здатність до командної взаємодії, а на третьому – закріплюються навички стрес-менеджменту, підсилюється внутрішня дисципліна, впевненість і командна згуртованість.

Модель підвищує операційну готовність і бойову надійність особового складу, сприяє формуванню стійкого функціонального стану, у якому психіка зберігає гнучкість навіть під впливом хронічного навантаження. Її структура дозволяє реалізовувати програми як у польових, так і у тилових умовах – у форматах, які не переривають службу, а вбудовуються у ритм підрозділу.

Завдяки інтеграції стабілізаційних, психоосвітніх і відновлювальних компонентів модель забезпечує баланс між бойовою ефективністю та психологічною витривалістю. Її впровадження створює передумови для збереження

боездатності, профілактики зривів під впливом стресу, підтримання командної згуртованості та поступового формування культури психічної стійкості у військовому середовищі. Спираючись на отримані дані ми стверджуємо, що програма хоч і не є реабілітацією у традиційному розумінні, а функціонує як система оперативного відновлення – забезпечує проведення завершеного циклу дій, які дозволяють військовослужбовцям відновити рівновагу, зберегти ясність мислення, стабільність емоцій та готовність діяти з максимальною ефективністю в умовах бойового навантаження.

Обговорення. Проведене дослідження підтвердило актуальність проблеми психологічної підтримки військовослужбовців і дає підстави для таких узагальнень:

Аналіз отриманих результатів засвідчив, що найбільш ефективним є поєднання індивідуальних консультацій і групових тренінгів. Індивідуальна робота забезпечує адресне опрацювання дисфункціональних переконань і внутрішніх страхів, тоді як групові формати створюють простір для взаємної підтримки, обміну досвідом і формування адаптивних стратегій подолання стресу. Регулярне застосування релаксаційних технік сприяє зниженню фізіологічної напруги й відновленню контролю над тілесними реакціями, а психоедукаційні заняття підвищують розуміння механізмів стресу та зменшують вторинну тривожність.

Результати підтверджують ефективність системного підходу, у якому поєднання психокорекційних методів, соціальної підтримки та короткотривалих структурованих втручань забезпечує стійкі позитивні

зміни. Водночас результати слід інтерпретувати з урахуванням обмежень дослідження – обсягу вибірки, тривалості спостереження та впливу зовнішніх чинників.

Емпіричні дані дозволили виокремити низку закономірностей. Провідним проявом є хронічна гіперактивація, що поєднує настороженість, сенсорне перевантаження та порушення сну і зумовлює підвищену тривожність та труднощі саморегуляції. Депресивна симптоматика переважно проявляється у зниженні інтересу й анедонії. Найнижчий рівень гострого напруження спостерігається у підрозділах, де функціонує підготовлена взаємопідтримка побратимів, застосовуються рутинні мікроінтервенції та забезпечено доступ до коротких контактів із психологом. Формальні професійні втручання демонструють інший профіль ефекту – поступове відновлення мотиваційної сфери, роботу з почуттям провини та інтеграцію травматичного досвіду.

Найбільший терапевтичний ефект виникає на стику підтримки «рівний–рівному» та професійної психологічної допомоги. При цьому організаційні умови служби – режим тиші, сенсорна гігієна, ритуали завершення напруги – істотно підсилюють ефективність психологічних заходів. Психоедукаційні інтервенції демонструють високу економічність і доступність, знижуючи вторинну тривожність і нормалізуючи емоційні реакції. Водночас простота й конфіденційність доступу до фахівця визначають готовність військово-службовців звертатися по допомогу на ранніх етапах.

Оцінка змін у часовій перспективі показує, що тривожні прояви реагують на щоденні стабілізаційні практики вже на ранніх етапах, тоді як депресивні симптоми потребують триваліших і смислотворчих інтервенцій. Структура симптомів визначає пріоритети допомоги: першочерговими є нормалізація сну й зниження гіперпильності, далі – робота з униканням і дратівливістю, а також розвиток групових форматів, що запобігають переходу внутрішньої напруги у міжособистісні конфлікти.

Таким чином, результати дослідження підтверджують, що комплексні психологічні інтервенції є ефективним засобом подолання наслідків бойового стресу. Їх застосування сприяє зниженню проявів посттравматичної симптоматики, тривожності й депресивних станів, підвищенню якості життя та соціальної інтегрованості військово-службовців. Отримані дані мають як теоретичну, так і прикладну значущість і створюють підґрунтя для впровадження програм психологічного супроводу у військових підрозділах і реабілітаційних центрах.

Висновки та перспективи подальших досліджень пов'язані з можливістю удосконалення стандартів психологічної допомоги й інтеграції програм підтримки персоналу у систему військової практики збереження психічного здоров'я, вивченням довготривалих ефектів втручання, адаптацією програм для різних категорій військово-службовців, залученням сімейної підтримки та формуванням психологічної стійкості як системної властивості військового підрозділу.

Література

1. Алещенко В. І., Кокун О. М. Психологічний супровід військовослужбовців у бойових умовах: виклики сучасності. Психологічний часопис, 2025. Т. 11, № 1. С. 18–33. : <https://doi.org/10.31108/1.2025.11.1.2>
2. Борисова О. О. Психореабілітація учасників бойових дій в Україні: правові засади та практичні виміри. Габітус. 2023. Вип. 49. С. 16–21. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.49.2>
3. Осьодло В., Будагьянц Л. Розпізнати бойову психічну травму: вступ до філософії військової психології. Вісник Національного університету оборони України, 2022-08-26 Journal article <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2022-68-4-113-122>
4. Осьодло В., Будагьянц Л. Сучасні контексти концепту моральної готовності військовослужбовців. Вісник НУОУ, № 3 (73) 2023. DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2023-73-3-106-114>
5. Колесніченко О.С., Приходько І.І., Мацегора Я.В. Психологічна реабілітація військовослужбовців після виконання службово-бойових завдань в бойових умовах: монографія. Харків : Національна академія Національної гвардії України, 2021. 75 с.
6. Особистість в умовах війни: психологічна діагностика та допомога : навч. посіб. / Наталія Євдокимова, Валерій Зливков, Світлана Лукомська, Олена Котух. Київ, 2025. 198 с.
7. Павлик Н.В. Психологічний супровід військовослужбовців, спрямований на психологічну реабілітацію ПТСР: метод. посібник. Київ, 2020. 92 с.
8. Смірнова Т., Осьодло В., Чижевський С. Подолання наслідків бойового стресу у військово-службовців учасників бойових дій шляхом психосоціального відновлення. Вісник Національного університету оборони України, 2023 С. 11-28. Journal article DOI: 10.33099/2617-6858-2023-76-6-168-177
9. Смірнова Т., Осьодло В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям з ознаками психологічного травмування. Вісник КНУ імені Тараса Шевченка. Військово-спеціальні науки. №1 (57). 2024. DOI: <https://doi.org/10.17721/1728-2217.2024.57.44-50>
10. Тютюнник Л. Бойовий стрес та шляхи подолання його психотравмуючих наслідків. Вісник Національного університету оборони України. 2020. 55 (2), С. 106–115. DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2020-55-2-106-115>
11. Horowitz, M.J. Stress-Response Syndromes: A Clinician's Guide to PTSD. Lanham : Jason Aronson, 2011. 368 p.
12. Oleg Kokun at al. Personality and Health in Military Context: A Study of Combatants and Injured Servicemen Mental Health: Global Challenges Journal 2024-07-17. Journal article. <https://doi.org/10.56508/mhgcj.v7i1.207>
13. Osadchenko I., Perepeliuk T., Kotlova L., Dudnyk O., Hrynova N., Kobets A. Socio-psychological characteristics of psychoemotional states of Ukrainians during the first week of the Russian-Ukrainian war. Salud, Ciencia y Tecnología. Vol. 4. 2024, pp. 1-13. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2024.579>

14. Kitchiner N.J., Roberts N.P., Bisson J.I. Active duty and ex-serving military personnel with PTSD treated with psychological therapies: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*. 2019. Vol. 10, № 1. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1684226>

15. Litz B.T. Early Intervention for Trauma: Current Status and Future Directions. *Treating Trauma and*

Traumatic Grief in Adults. New York : Guilford Press, 2002. P. 107-138.

16. Tedeschi R.G., Calhoun L.G. *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks (CA) : Sage Publications, 1995. 193 p.

17. Wessells M.G. *Child Soldiers: From Violence to Protection*. Cambridge (MA) : Harvard University Press, 2015. 320 p.

*Vasyl Osodlo*¹, *doctor of psychological sciences, professor of the department of psychology*

*Tetiana Perepeliuk*², *Ph.D. in psychology, professor of the department of practical psychology*

*Inna Osadchenko*³ *doctor of pedagogical sciences, professor of the department of social work and rehabilitation*

*Yuriy Yurevych*⁴ *coordinator of the evacuation department, medical company*

¹*State University of Trade and Economics, Kyiv (Ukraine)*

²*Mariupol State University, Kyiv (Ukraine)*

³*National University of Life and Environmental Sciences of the Ukraine, Kyiv (Ukraine)*

⁴*Military Unit A 4784 of the Armed Forces of the Ukraine (Ukraine)*

COMPREHENSIVE PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS FOR REDUCING THE CONSEQUENCES OF COMBAT STRESS IN MILITARY PERSONNEL

This article presents findings from a study on the impact of systemic psychological interventions on combat stress in military personnel. The combination of peer-led support, psychoeducation, and professional access reduces hyperactivation, improves self-regulation, and gradually restores motivation.

The prolonged exposure of military personnel to combat conditions creates a high risk of chronic stress reactions, including symptoms of post-traumatic stress, anxiety, depressive manifestations, and deterioration of social functioning. The present study aimed to examine the psychological consequences of combat stress in active-duty military personnel and to develop a comprehensive model of psychological rehabilitation adapted to the realities of military service.

The research was conducted on a sample of Ukrainian military personnel using standardized psychometric instruments, including the PTSD Checklist – Military Version (PCL-M), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and a Quality of Life assessment. Descriptive and comparative analyses were applied to identify dominant symptom clusters, vulnerability zones, and preserved personal resources.

The results indicate that the most pronounced manifestations of combat stress are related to hyperarousal, sleep disturbances, hypervigilance, and persistent background tension, reflecting a stable state of physiological and psychological mobilization. Elevated levels of anxiety and moderate depressive symptoms, primarily expressed through anhedonia and emotional distancing, were also observed. The social-emotional domain of quality of life appeared to be the most vulnerable, indicating reduced social engagement and difficulties in

returning to civilian interaction patterns. At the same time, high scores in perceived social status and interpersonal significance demonstrate preserved motivational and meaning-related resources, suggesting a specific form of resilience based on responsibility and commitment to service.

Expected outcomes of program implementation include reduction of post-traumatic stress symptoms, stabilization of emotional regulation, improvement of sleep and self-control, restoration of social interaction, and increased readiness to seek psychological support. The integration of peer-led support with professional interventions and organizational micro-practices is considered a critical factor in enhancing psychological endurance and operational reliability.

The findings confirm the effectiveness of a systemic approach to psychological support in military settings and provide a practical foundation for developing standardized rehabilitation programs aimed at maintaining combat readiness and long-term psychological resilience.

Keywords: combat stress, military personnel, hyperarousal, psychological rehabilitation, psychological support, resilience, psychological interventions, psychoeducation, extreme conditions, resilience.

References

1. Aleshchenko, V. I., & Kokun, O. M. (2025). *Psykhologichnyi suprovid viiskovosluzhbovtiv u boiovykh umovakh: vyklyky suchasnosti* [Psychological support of military personnel in combat conditions: modern challenges]. *Psykhologichnyi chasopys*, 2025. T. 11, № 1. pp. 18–33. : <https://doi.org/10.31108/1.2025.11.1.2>. [in Ukrainian].
2. Borysova, O. O. (2023). *Psykho-reabilitatsiia uchasykiv boiovykh dii v Ukraini: pravovi zasady ta praktychni vymiry* [Psychological rehabilitation of combat participants in Ukraine: legal principles and practical dimensions]. *Habitus*, 49, pp. 16–21. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.49.2> [in Ukrainian].
3. Osodlo, V., & Budahiants, L. (2022). *Rozpiznaty boiovu psykhychnu travmu: vstup do filosofii viiskovoi psykholohii* [Recognizing combat psychological trauma: introduction to the philosophy of military psychology]. *Visnyk Natsionalnoho universytetu oborony Ukrainy*, 68(4), 113–122. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2022-68-4-113-122> [in Ukrainian].
4. Osodlo, V., & Budahiants, L. (2023). *Suchasni konteksty kontseptu moralnoi hotovnosti viiskovosluzhbovtiv* [Modern contexts of the concept of moral readiness of military personnel]. *Visnyk Natsionalnoho universytetu oborony Ukrainy*, 73(3), 106–114. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2023-73-3-106-114> [in Ukrainian].
5. Kolesnichenko, O. S., Prykhodko, I. I., & Matsehora, Ya. V. (2021). *Psykhologichna reabilitatsiia viiskovo-sluzhbovtiv pislia vykonannia sluzhbovo-boiovykh zavdan v boiovykh umovakh* [Psychological rehabilitation of military personnel after performing service and combat tasks in combat conditions]. *Kharkiv: Natsionalna akademiia Natsionalnoi hvardii Ukrainy*. [in Ukrainian].
6. Yevdokymova, N., Zlyvkov, V., Lukomska, S., & Kotukh, O. (2025). *Osobystist v umovakh viiny: psykholohichna diahnostyka ta dopomoha* [Personality in wartime conditions: psychological diagnostics and assistance]. *Kyiv*. [in Ukrainian].
7. Pavlyk, N. V. (2020). *Psykhologichnyi suprovid viiskovosluzhbovtiv, spriamovanyi na*

psykholohichnu reabilitatsiiu PTSR [Psychological support of military personnel aimed at psychological rehabilitation of PTSD]. Kyiv. [in Ukrainian].

8. Smirnova, T., Osodlo, V., & Chyzhevskiy, S. (2023). Podolannia naslidkiv boiovoho stresu u viiskovosluzhbovtziv uchasnykiv boiovykh dii shliakhom psykho-sotsialnoho vidnovlennia [Overcoming the consequences of combat stress in military personnel participating in combat operations through psychosocial recovery]. Visnyk Natsionalnoho universytetu oborony Ukrainy, 76(6), 168–177. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2023-76-6-168-177> [in Ukrainian].

9. Smirnova, T., & Osodlo, V. (2024). Osoblyvosti nadannia psykholohichnoi dopomohy viiskovosluzhbovtziam z oznakamy psykholohichnoho travmuвання [Features of providing psychological assistance to military personnel with signs of psychological trauma]. Visnyk KNU imeni Tarasa Shevchenka. Viiskovo-spetsialni nauky, 57(1), 44–50. <https://doi.org/10.17721/1728-2217.2024.57.44-50> [in Ukrainian].

10. Tiutiunnyk, L. (2020). Boiovyi stres ta shliakhy podolannia yoho psykhotravmuiuchykh naslidkiv [Combat stress and ways of overcoming its psychotraumatic consequences]. Visnyk Natsionalnoho universytetu oborony Ukrainy, 55(2), 106–115. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2020-55-2-106-115> [in Ukrainian].

11. Mardi J. Horowitz (2011). Stress-response syndromes: A clinician's

guide to PTSD. Lanham: Jason Aronson. [in English].

12. Oleh Kokun et al. (2024). Personality and health in military context: A study of combatants and injured servicemen. Mental Health: Global Challenges Journal. <https://doi.org/10.56508/mhgcj.v7i1.207> [in English].

13. Osadchenko, I., Perepeliuk, T., Kotlova, L., Dudnyk, O., Hrynova, N., & Kobets, A. (2024). Socio-psychological characteristics of psychoemotional states of Ukrainians during the first week of the Russian-Ukrainian war. Salud, Ciencia y Tecnología, 4, 1–13. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2024.579> [in English].

14. Kitchiner, N. J., Roberts, N. P., & Bisson, J. I. (2019). Active duty and ex-serving military personnel with PTSD treated with psychological therapies: A systematic review and meta-analysis. European Journal of Psychotraumatology, 10(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1684226> [in English].

15. Brett T. Litz (2002). Early intervention for trauma: Current status and future directions. In Treating trauma and traumatic grief in adults (pp. 107–138). New York: Guilford Press. [in English].

16. Richard G. Tedeschi, & Lawrence G. Calhoun (1995). Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. [in English].

17. Michael G. Wessells (2015). Child soldiers: From violence to protection. Cambridge, MA: Harvard University Press. [in English].

Дата першого надходження статті до видання: 06.04.2026

Дата прийняття статті після доопрацювання 07.05.2026

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 18.05.2026

Дата публікації (оприлюднення) статті: 31.05.2026