

УДК: 159.9:616.89-008.454:355.1
DOI: 10.31732/2663-2209-2025-80-403-413

Дата надходження: 30.12.2025
Дата прийняття до друку: 17.12.2025
Дата публікації: 30.12.2025



Ця робота ліцензується відповідно до [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

ПТСР У КОМБАТАНТІВ, ЯКІ ТРИВАЛИЙ ЧАС ПЕРЕБУВАЮТЬ У ЗОНІ БОЙОВИХ ДІЙ: РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ ПРОБЛЕМАТИКИ

Вікторія Гриджук¹, Віра Бурак²

¹Канд. психол. наук, завідувачка кафедри психології Інституту управління природними ресурсами, ВНЗ “Університет економіки та права “КРОК”, м. Коломия, Івано-Франківська область, Україна, e-mail: HrydzhukV@krok.edu.ua, ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-7600-6283>

²Студентка 4 курсу, спеціальність “Психологія”, ВНЗ “Університет економіки та права “КРОК”, м. Київ, Україна, e-mail: BurakVV@krok.edu.ua

PTSD IN COMBATANTS WHO HAVE BEEN IN THE COMBAT ZONE FOR A LONG TIME: A RETROSPECTIVE ANALYSIS OF THE SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF THE PROBLEM

Victoria Grydzhuk¹, Vira Burak²

¹PhD in Psychology, Head of the Department of Psychology at the Institute of Natural Resource Management, KROK University of Economics and Law, Kolomyia, Ivano-Frankivsk Region, Ukraine, e-mail: HrydzhukV@krok.edu.ua, ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-7600-6283>

²4th year student, majoring in Psychology, KROK University of Economics and Law, Kyiv, Ukraine, e-mail: BurakVV@krok.edu.ua

Анотація. Стаття присвячена дослідженню психологічних особливостей розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у комбатантів, які тривалий час перебувають у зоні бойових дій. Акцентовано увагу на тому, що ПТСР є багатовимірним феноменом і включає в себе нейробіологічні, психологічні та соціокультурні компоненти. Природа і механізми розвитку ПТСР у комбатантів мають свою специфіку, оскільки екстремальна ситуація тривалого власного та групового балансування між життям і смертю розкриває діапазон дії усіх можливих чинників хронізації цього психічного стану. Наслідком тривалого перебування в зоні безпосередніх бойових зіткнень стає наявність у комбатантів симптоматики комплексного та відстроченого типів ПТСР.

Проведений ретроспективний аналіз соціально-психологічних аспектів проблематики на прикладі комбатантів афганської і сучасної російсько-української війн вказує на наявність схожих патернів дезадаптації у комбатантів обох війн, а саме: високого рівня психосоціального стресу, флешбеків, інтрузивних спогадів, нічних кошмарів, відчуження і соціальної ізоляції. Але на противагу домінуванню у “афганців” “замороженості” емоцій, у сучасних комбатантів частіше фіксується гіпервігільантність, надмірна відповідальність, почуття провини (“синдром вижившого”).

Обидві категорії комбатантів стикаються з труднощами реінтеграції. Проте ветерани афганської війни страждали від відсутності системної психологічної допомоги та навішування ярликів “проблемних людей”, а комбатанти сучасної російсько-української війни отримують належну медико-психологічну допомогу та суспільну підтримку для відновлення особистісних ресурсів.

Супутніми, додатковими соціально-психологічними чинниками, що ускладнюють психічний стан сучасних комбатантів є: вплив інформаційних стресорів гібридної війни; специфічна ціннісно-екзистенційна травматизація, породжена особливостями ментального сприйняття природи російсько-української війни; масштабність загрози безпеці всього населення держави, включно і сімей комбатантів у тилових областях. У цьому контексті відсутність належної системи психосоціальної підтримки комбатантів може сприяти поновленню сценарію “втраченого покоління” у його сучасному форматі.

Ключові слова: комбатант, посттравматичний стресовий розлад, бойовий стрес, соціальна ізоляція, психосоціальна підтримка, афганський синдром, психологічна реабілітація, психічне здоров'я.

Формули: 0, рис.: 0, табл.: 0, бібл.: 11

Abstract. The article is devoted to the study of psychological characteristics of post-traumatic stress disorder (PTSD) development in combatants who have been in the combat zone for a long time. Emphasis is placed on the fact

that PTSD is a multidimensional phenomenon and includes neurobiological, psychological, and sociocultural components. The nature and mechanisms of PTSD development in combatants are specific, since extreme situations involving prolonged individual and group balancing between life and death reveal the range of action of all possible factors contributing to the chronicity of this mental state. Prolonged exposure to direct combat results in combatants developing symptoms of complex and delayed PTSD.

A retrospective analysis of the socio-psychological aspects of the issue, using the example of combatants in the Afghan and modern Russian-Ukrainian wars, indicates the presence of similar patterns of maladjustment in combatants of both wars, namely: high levels of psychosocial stress, flashbacks, intrusive memories, nightmares, alienation, and social isolation. However, in contrast to the dominance of emotional “freezing” among “Afghans,” modern combatants more often exhibit hypervigilance, excessive responsibility, and feelings of guilt (“survivor syndrome”).

Both categories of combatants face difficulties in reintegration. However, veterans of the Afghan war suffered from a lack of systematic psychological assistance and were labeled as “problem people,” while combatants in the current Russian-Ukrainian war receive adequate medical and psychological assistance and public support to restore their personal resources.

Additional socio-psychological factors that complicate the mental state of modern combatants include: the impact of information stressors of hybrid warfare; specific value-existential trauma caused by the peculiarities of mental perception of the nature of the Russian-Ukrainian war; the scale of the threat to the security of the entire population of the state, including the families of combatants in the rear areas. In this context, the lack of an adequate system of psychosocial support for combatants may contribute to the recurrence of the “lost generation” scenario in its current form.

Keywords: combatant, post-traumatic stress disorder, combat stress, social isolation, psychosocial support, Afghan syndrome, psychological rehabilitation, mental health.

Formulas: 0, pic.: 0, tab.: 0, bibl.: 11

Постановка проблеми. Війна – це не лише збройне протистояння держав, а й глибоке психологічне потрясіння для всіх її учасників. Вона змінює свідомість, систему цінностей, уявлення про безпеку, довіру й справедливість. Для військовослужбовців, які тривалий час перебувають у зоні бойових дій, війна стає не епізодом, а середовищем існування, що вимагає постійного напруження психічних ресурсів. Саме тому посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) нині розглядається не лише як клінічний феномен, а як масове соціально-психологічне явище, яке визначає стан цілих поколінь ветеранів.

За час російсько-української війни (2014-2025 р.р.) сотні тисяч військовослужбовців пройшли через бойові зіткнення, втрату побратимів, полон, поранення, руйнування мирного життя. Бойовий досвід формує специфічний тип їхнього психологічного реагування, який у частини комбатантів переходить у стійкі патологічні прояви – ПТСР, що порушує адаптацію, знижує працездатність і руйнує соціальні зв'язки.

Особливої уваги потребує категорія комбатантів, які тривалий час перебувають на безпосередній лінії зіткнення з

противником. У них прояви ПТСР мають тенденцію до накопичення та хронізації, що ускладнює процес відновлення навіть після повернення у мирне середовище. Таких військових вирізняє поєднання травматичних епізодів і відсутність “психологічних пауз” для інтеграції пережитого. Це створює загрозу синдрому “вкороченої життєвої перспективи”, втрати сенсу життя, зростання ризику суїцидів та залежностей.

Вітчизняні дослідження (Циганков, Волинець, Харченко, Титаренко, Чепелєва) вказують, що у значної частини ветеранів щонайменше спостерігаються симптоми повторного переживання травматичних подій, гіперзбудження, порушення сну, емоційна відчуженість. Зарубіжні вчені (Kolk, Herman, Figley, Erikson) підкреслюють, що ПТСР – не лише реакція на подію, а криза ідентичності, що підриває базову довіру до світу. Тривале перебування у бойовій зоні сприяє розвитку хронічного ПТСР, який часто поєднується із депресією, тривожними розладами та адиктивною поведінкою. Тому наразі надання ефективної психологічної допомоги неможливе без глибокого розуміння психологічних особливостей розвитку ПТСР у комбатантів, що тривалий

час зазнають бойового стресу. Постає потреба у вивченні структури, динаміки та чинників цього розладу, у вдосконаленні методів його діагностики й корекції в умовах ведення сучасної гібридної, автоматизованої та інтелектуалізованої за допомогою III війни.

Історичний досвід підтверджує, що без належної підтримки ветерани можуть перетворитися на “втрачене покоління”. Приклад ветеранів Афганської війни свідчить про серйозні труднощі їхньої соціальної адаптації: значна частина залишилася із невирішеними психологічними проблемами, що негативно позначалося на родині і професійній самореалізації. Сучасні українські військові без ефективної системи психологічної та соціальної реабілітації ризикують повторити цей сценарій.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблематика ПТСР у комбатантів відображена у значній кількості сучасних наукових досліджень, що присвячені вторинним психічним реакціям на бойовий стрес ветеранів Другої світової війни, Корейської та В’єтнамської війн (Kulka et al., 1990), учасників бойових дій у Перській затоці, операції “Буря в пустелі” (Stretch et al., 1996), військовослужбовців, задіяних у війні в Іраку та Афганістані (Hoge et al., 2004; Schlenger et al., 2015). Наразі вже є публікації, що розкривають психотравмуючий контекст наймасштабнішого після Другої світової війни збройного конфлікту на території європейського континенту, а саме російсько-української війни (2014-2025 р.р.) (Кузнєцова, 2022; Пилипенко, 2023; Сингаївська & Сокур, 2025). Узагальнення цих даних дає змогу порівняти особливості травматизації комбатантів різних типів бойових дій – від позиційних і партизанських до високотехнологічних гібридних операцій.

Проте вказана проблематика зберігає статус актуальної та недостатньо вирішеної. У вітчизняній та зарубіжній літературі виокремлюють кілька основних

напрямків дослідження ПТСР у комбатантів: поширеність і структура симптомів, фактори ризику та захисні реакції, а також розробка ефективних програм реабілітації й психотерапевтичних втручань.

Міжнародні огляди демонструють, що серед учасників бойових дій поширеність ПТСР сягає 15–30 % залежно від вибірки та методів діагностики. Українські дослідження вказують на 25–30 % військовослужбовців із клінічно значущими симптомами ПТСР.

Сучасні дослідження (Howard et al., 2019; Armour, 2020; Brewin, 2023) підкреслюють роль тривалості перебування у зоні бойових дій, інтенсивності та повторюваності травматичних подій, втрат побратимів, а також супутніх поранень як ключових чинників ризику розвитку хронічного ПТСР. До цього додаються індивідуальні особливості (високий рівень тривожності, невротизація), попередні травматичні досвіди та низька соціальна підтримка.

Окрема увага приділяється соціальній ізоляції, що є не лише наслідком, але й чинником, який поглиблює прояви ПТСР (Smith & Coker, 2018; Steenkamp et al., 2021).

Проблема ПТСР вивчається у межах психоаналітичного, когнітивно-поведінкового, гуманістичного та нейропсихологічного підходів. Доказова база останніх років (American Psychological Association, 2017; Bisson et al., 2021; WHO, 2023) визначає когнітивно-поведінкову терапію (зокрема травмофокусовану), EMDR та комплексні мультимодальні підходи як найбільш ефективні методи корекції ПТСР. У міжнародній практиці для ветеранів різних війн застосовувалися перевірені методи: для ветеранів В’єтнаму – експозиційна терапія; для військових Іраку та Афганістану – Cognitive Processing Therapy та Prolonged Exposure; для учасників миротворчих місій – EMDR і програми стабілізації. Ефективність цих методів доведена рандомізованими

дослідженнями, що показують зниження симптоматики ПТСР у 50-70% комбатантів.

У вітчизняній психотерапевтичній практиці вищеназвані підходи впроваджуються поки що фрагментарно, що пояснюється обмеженими ресурсами та недостатньою кількістю підготовлених фахівців.

Не викликає сумнівів і той факт, що психологічні особливості саме тих, хто тривалий час перебував/перебуває у зоні бойових дій, лишаються недостатньо дослідженими. На заваді стають фізична неможливість проведення відповідних досліджень в польових умовах, складність симптоматики, недостатня репрезентативність вибірок, короткостроковість спостережень, відсутність контрольних груп і брак інтердисциплінарних підходів. Зміни формату ведення сучасних бойових дій, постійне перебування в умовах нової ери війн – інтелектуально-роботизованої гібридної війни – також вносять свої корективи і вимагають посиленої уваги до розвитку ПТСР як у комбатантів, так і у цивільного населення.

Метою статті стало вивчення чинників розвитку ПТСР у комбатантів, які тривалий час перебувають у зоні бойових дій, а також порівняльний аналіз особливостей ПТСР та його наслідків для учасників бойових дій афганської та сучасної російсько-української війни у контексті подолання внутрішньоособистісних та міжособистісних конфліктогенів на шляху до реінтеграції в соціальне середовище поза умовами ведення бойових дій.

Виклад основного матеріалу дослідження. Проблематика психологічних наслідків травматичного досвіду з'явилася задовго до офіційного визнання посттравматичного стресового розладу у діагностичних класифікаціях. Протягом XX століття поняття, що позначає психічні реакції на екстремальні події, неодноразово змінювалося – від “солдатського серця” і “shell shock” до сучасного терміна “post-traumatic stress

disorder”. Кожна історична епоха розставляла свої акценти у розуміння природи травми, її симптоматики та шляхів подолання.

Перші згадки про стани, подібні до ПТСР, зустрічаються ще у працях лікарів XIX століття. Після залізничних катастроф у Великій Британії з'явився термін “залізничний хворий” (railway spine); його вживали для опису людей, які пережили аварії й надалі страждали на безсоння, тривогу, нав'язливі спогади та фізичну слабкість. Лікар Джон Еріксен (1866) вважав, що причина – у мікроскопічних ушкодженнях спинного мозку, хоча пізніше стало зрозуміло, що симптоми мають переважно психологічну природу.

На початку XX століття під час Першої світової війни лікарі зіткнулися з масовими випадками нервових розладів серед солдатів. З'явився термін “shell shock” – “контузія від вибуху снаряду”, яким позначали стан, що супроводжувався тремором, заїканням, емоційною притупленістю, порушенням сну та страхом повернення на позиції. Спочатку його трактували як фізичне ураження нервової системи, але подальші спостереження довели, що подібні симптоми виникають і без безпосереднього впливу вибухів. Це стало першим кроком до розуміння психологічної природи бойової травми.

Після Другої світової війни у США та Європі активно використовували термін “battle fatigue” (“бойова втома”) або “combat exhaustion” – емоційне виснаження, спричинене надмірним психічним навантаженням у бойових умовах. З'явилися перші систематизовані спостереження психіатрів військових шпиталів (Grinker & Spiegel, 1945), де наголошувалося, що симптоми таких станів не завжди зникають після демобілізації, а можуть набувати хронічного характеру. У науковий обіг поступово входить поняття “психологічна травма” як наслідок дії надмірного стресора, що перевищує здатність особистості до адаптації (Selye, 1956).

У 1970-х роках, після війни у В'єтнамі, західна психіатрія зіткнулася з потужною хвилею ветеранів, які мали схожі симптоми: нічні кошмари, флешбеки, уникнення соціальних контактів, емоційне заціпеніння. Це стало поштовхом для офіційного визнання ПТСР як окремої психічної патології. У 1980 році в третє видання “Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів” (DSM-III) Американської психіатричної асоціації було включено новий діагноз – Post-Traumatic Stress Disorder (ПТСР). Це ознаменувало початок систематичного вивчення травматичних розладів у межах клінічної психології.

Включення ПТСР у DSM стало поворотним моментом: відбулася переорієнтація від суто медичного до психологічного розуміння проблеми. Визначення підкреслювало, що травма – це подія, яка виходить за межі звичайного людського досвіду й викликає інтенсивний страх, безпорадність або жах. Симптоматика ПТСР охоплювала три ключові групи:

- повторне переживання травми (спогади, сновидіння, флешбеки);
- уникнення всього, що нагадує про подію;
- підвищену фізіологічну збудливість.

Поступово поняття травматичного досвіду почало розширюватися. Дослідники (Herman, 1992; B. van der Kolk, 1996) виокремили комплексний ПТСР (C-PTSD) – стан, що розвивається внаслідок тривалої або повторюваної травматизації і супроводжується руйнуванням базових уявлень про себе й світ, втратою контролю над власним життям, глибоким відчуття провини та відчуження.

На сучасному етапі, згідно з DSM-5 (2013) та МКХ-11 (2018), ПТСР розглядається як розлад, що виникає після дії екстремального або катастрофічного стресора і включає в себе чотири основні кластери симптомів: повторне переживання, уникнення, негативні зміни у когнітивній та емоційній сфері, а також

симптоми гіперзбудження. Особливий акцент робиться на індивідуальних та соціальних чинниках, які визначають вразливість до розвитку розладу.

Нейробіологічні дослідження (Van der Kolk, 2014; Yehuda, 2016) показують, що у людей із ПТСР спостерігається гіперреактивність мигдалеподібного тіла мозку, зниження об'єму гіпокампа та дисфункція префронтальної кори, що ускладнює гальмування страхових реакцій. Це пояснює нав'язливі спогади, флешбеки, румінації й труднощі з адаптацією до мирного життя.

Таким чином, еволюція поняття посттравматичного стресового розладу пройшла шлях від фізіологічних пояснень (“shell shock”, “battle fatigue”) до сучасного розуміння ПТСР як психологічного розладу, в основі якого лежить складна взаємодія біологічних, когнітивних та соціально-психологічних чинників. Сьогодні ПТСР розглядається не лише як патологічна реакція на травму, але й як універсальна форма людського реагування на надзвичайні обставини, що потребує комплексного міждисциплінарного підходу до діагностики та лікування.

Світова статистика свідчить, що кожен п'ятий учасник бойових дій за відсутності будь-яких фізичних ушкоджень страждає від нервово-психічних розладів, а серед поранених і травмованих – кожен третій.

У комбатантів формування ПТСР має свою специфіку, зумовлену характером бойової діяльності, тривалістю перебування у зоні ризику та особливостями військової культури. На відміну від цивільного населення, військові стикаються з систематичним впливом травматичних подій, часто без можливості відновлення ресурсів.

За результатами досліджень Litz & Schlenger (2009), тривале перебування у бойових діях призводить до накопичення мікротравм – дрібних, але постійних стресорів, які у сукупності дають ефект хронічної психічної втоми. В українських

умовах цей фактор посилюється нестачею відпочинку, почуттям провини за загиблих побратимів, недовірою до командування, проблемами у сім'ї після повернення.

Психологічними чинниками розвитку ПТСР у військових є:

- інтенсивність та тривалість бойових дій;

- індивідуальні особливості особистості (емоційна стабільність, тип темпераменту, рівень життестійкості);

- рівень згуртованості підрозділу та взаємопідтримки;

- наявність або відсутність соціальної підтримки після повернення;

- когнітивна оцінка травми (чи сприймається подія як беззмістовна, несправедлива тощо).

В українській психологічній науці проблема ПТСР почала активно досліджуватися після 2014 року у зв'язку з російською агресією на сході України. Значний внесок зробили українські науковці й практики Харченко, Мушкевич, Титаренко, Чепелева, які наголошують на тому, що ПТСР у військових має свої культурні, ціннісні та соціальні особливості.

Теоретико-методологічні дослідження виникнення психологічної травми у комбатантів та ролі у цьому процесі бойового досвіду в українській психології тільки починають розвиватися і здійснюються переважно в когнітивно-поведінковій парадигмі з урахуванням напрацювань західних колег.

Дослідження українських психологів (Титаренко, 2018; Волинець, 2021; Мушкевич, 2020) свідчать, що серед військовослужбовців часто спостерігається відстрочений тип ПТСР – симптоми з'являються через кілька місяців після повернення з фронту. Це пов'язано з тим, що в умовах бойових дій домінує функціональний тип реагування (“вижити”), а емоційне осмислення події відбувається лише після демобілізації. Саме тому у сучасних програмах психологічної допомоги ветеранам важливу роль відіграє рання діагностика,

ресоціалізація та профілактика вторинної травматизації.

Тривале перебування у бойових умовах сприяє формуванню комплексного ПТСР, який проявляється хронічним напруженням, емоційною втомою, порушенням саморегуляції, труднощами у міжособистісних стосунках. При найменшому нагадуванні про бойовий досвід ПТСР у комбатанта проявляється з новою силою. Тож посттравматичний стресовий розлад – це постійний “прихований” стрес, здатний відродитися у будь-яку хвилину.

В умовах війни 2022–2025 рр. українські комбатанти стикаються не лише з фізичною, а й із ціннісно-екзистенційною травмою – втратою довіри до світу, зміною життєвих орієнтирів, порушенням відчуття безпеки.

Узагальнені теоретичні та емпіричні уявлення про детермінанти, що сприяють або перешкоджають травматизації комбатанта, дають змогу визначити дві групи бойових стресорів: специфічні та неспецифічні для бойової обстановки (Дьяків, 2022).

Перші мають підвищений рівень стресогенності і включають: ситуації, що загрожують життю і фізичній цілісності військовослужбовця; загибель близьких людей і товаришів по службі; поранення, контузії, каліцтва; жахливі картини смерті і людських мук; випадки загибелі товаришів по службі, мирних громадян, відповідальність за які військовослужбовець приписує собі; події, у результаті яких постраждали честь і гідність військовослужбовців.

До другої групи належать стресори, які властиві як бойовій обстановці, так і іншим видам стресових ситуацій: підвищений рівень перманентної потенційної загрози для життя; тривале виконання напруженої діяльності; тривала депривація основних біологічних і соціальних потреб; різкі і несподівані зміни умов служби та життєдіяльності; відсутність контакту з близькими; неможливість змінити умови свого

існування; інтенсивні і тривалі міжособистісні конфлікти та ін.

Можна стверджувати, що соціально-психологічні чинники розвитку ПТСР у комбатантів мають багаторівневу природу і охоплюють індивідуальні, соціальні та ситуаційні аспекти життя. Розуміння цих чинників є ключовим для побудови ефективної системи психологічної підтримки військових, особливо тих, хто перебував у бойовій зоні тривалий час.

Важливо, що певна частина військових демонструє адаптивні стратегії – розвиток резильєнтності, зростання відповідальності, підвищення самооцінки, що узгоджується з концепцією “посттравматичного зростання” (Tedeschi & Calhoun, 2004). Водночас без належної психологічної підтримки ці процеси можуть трансформуватись у деструктивні форми поведінки.

На наш погляд, особливого значення для розуміння розвитку, специфіки і подолання наслідків ПТСР у сучасних українських комбатантів набуває і ретроспективний аналіз досліджуваного явища у покоління співвітчизників-комбатантів афганської війни.

Порівняння із досвідом ветеранів Афганської війни вказує на наявність схожих патернів дезадаптації, однак у сучасних українських комбатантів додатково фіксується вплив інформаційних стресорів, медійного середовища та вищий рівень соціальної дезорієнтації. Відсутність належної системи психосоціальної підтримки після повернення із зони бойових дій може відтворити сценарій “втраченого покоління”, характерний для “афганців”, що робить проблему ще більш загрозливою.

Ветерани війни в Афганістані (1979–1989) часто страждали на нічні кошмари, флешбеки, соціальну ізоляцію і агресивність. Проте діагноз “ПТСР” у радянській психіатрії офіційно не використовувався. Симптоми пояснювалися як “неврози”, “девіантна поведінка”, “асоціальність”. Це призводило до стигматизації ветеранів: замість

лікування вони отримували ярлики “проблемних людей”. Соціальний контекст був несприятливим: відсутність системної психологічної допомоги, приховування реальних масштабів війни, байдужість суспільства. У житті багатьох ветеранів Афганістану з’явилися такі соціально неприйнятні явища, як: алкоголізація, суїцидальність, криміналізація.

Домінувала “замороженість” емоцій, схильність до алкоголю як способу “заглушити” біль. Натомість у сучасних комбатантів частіше фіксується гіпервігільантність, надмірна відповідальність, почуття провини (“синдром вижившого”). Це зумовлено тим, що вони повертаються у суспільство, яке активно обговорює війну й героїзує армію.

Соціально-психологічний контекст сприйняття і участі в сучасній російсько-українській війні є значно іншим від афганського конфлікту (причини, спосіб ведення бойових дій, перебіг війни, масштабність і психологічна напруженість від розуміння, що смертельна небезпека поширюється на всю територію своєї країни, а отже в постійній небезпеці знаходиться і власна сім’я). Зазначене змінює фонові ознаки бойового стресу. Якщо афганський контекст перебування в зоні збройного конфлікту характеризувався усіма супроводжуваними похідними ідеологічно-насильницького втручання в справи іншої країни, то український контекст визначається соціально-психологічними складовими свідомої боротьби за виживання часто на межі власних фізичних можливостей, але за наявності щонайменше психологічних важелів прийняття виклику як важливої складової життєстійкості та психологічної підтримки з боку рідних.

З одного боку, масштаби травматизації є надзвичайно високими (повномасштабна війна, масові втрати, довготривалі бойові дії), а з іншого – у суспільстві формується новий підхід до ветерана як до героя, захисника, члена спільноти. Це створює сприятливіший ґрунт для соціальної реінтеграції, хоча й

породжує високі очікування, які самі по собі можуть тиснути на людину.

І ветерани афганської війни, і сьогоdnішні українські комбатанти мають труднощі інтеграції в соціум. Однак, якщо у 1990-х роках суспільство дистанціювалося від “афганців” і співучасть у їхньому переживанні та подоланні воєнного травмивного досвіду брала тільки власна родина, то сьогодні українське суспільство створює відповідні умови для відновлення своїх захисників. Це стає важливим соціальним чинником подолання наслідків тривалого перебування особистості в несприятливим екстремальних умовах. Проте очікування “сильного ветерана” теж можуть стати пасткою, адже військові не завжди наважуються визнавати власну вразливість.

Іншим важливим моментом реінтеграції комбатантів в повоєнне життя є те, що у ветеранів Афганської війни ПТСР часто залишався невизнаним і не лікувався. Результати досліджень показали, що у 25,0-30,0% українських ветеранів афганської війни мали місце виражені прояви посттравматичних стресових розладів. У 50,0% колишніх воїнів-“інтернаціоналістів” були і навіть сьогодні присутні окремі симптоми ПТСР. Характерною для них стала зміна якості соціального функціонування ветеранів, що знайшла вираження у зниженні рівня їх соціальної адаптації. Типовими стали дезадаптивні форми реагування, особливо на емоційному рівні, які істотно утруднювали міжособистісне спілкування, особливо у сфері сімейних відносин. Повна соціально-психологічна адаптація відбулася лише у 12,0% ветеранів, часткова – у 64,0%, дезадаптованими залишилися 24,0% комбатантів (Юр’єва, Носов & Єрчакова, 2017).

Якщо в радянській практиці ветеранам Афгану переважно пропонували медикаментозне лікування (транквілізатори, нейролептики), що не вирішувало проблеми, а лише тимчасово пригнічувало симптоматику, то сучасна українська медико-психологічна допомога

передбачає мультидисциплінарний підхід: психотерапію (КПТ, EMDR, гештальт-терапія, логотерапія), роботу з родинами, психоедукацію, соціальну реабілітацію.

Важливою складовою інтегративного підходу до психологічного супроводу подолання наслідків ПТСР у комбатантів, які тривалий час перебували в зоні бойових дій, стає в сучасних умовах застосування елементів логотерапії Франкла, яка допомагає знайти сенс у пережитому. Для українських військових це може бути усвідомлення власної ролі у захисті країни, що підтримує внутрішній ресурс.

У підсумку можна сказати: якщо комбатанти Афгану залишалися наодинці зі своїми травмами, то сучасні військові в Україні мають більше шансів на успішну реабілітацію після пережитого бойового стресу і ПТСР, проте масштаб проблеми є безпрецедентним і вимагає задіяння значних соціальних, економічних і духовно-моральних ресурсів.

У обох випадках названих війн значущими чинниками ризику розвитку ПТСР у військових стали:

- 1) особистісні: висока чутливість, попередні психічні травми, відсутність навичок подолання стресу;
- 2) бойові: тривала експозиція травматичним подіям, перебування у зоні високого ризику, втрата побратимів;
- 3) соціальні: відсутність підтримки після повернення, економічні труднощі, стигматизація.

Але при цьому в сьогоднішніх українських комбатантів чинниками, що пом’якшують і сприяють одужанню та успішній реінтеграції, стають: наявність підтримуючих стосунків у сім’ї; позитивний образ військової служби (усвідомлення сенсу, відчуття причетності до захисту держави); доступ до професійної психологічної допомоги; участь у групах взаємопідтримки ветеранів.

Протягом листопада 2024 р.-травня 2025 р. нами було проведено на базі Івано-Франківського обласного шпиталю ветеранів війни констатувальне емпіричне

дослідження ПТСР у 30-ти комбатантів віком від 23 до 60 років, які мають досвід перебування у зоні бойових дій від 6 місяців до 3 років. У ході первинної бесіди було виявлено, що значна частина військових брали участь у бойових діях як у зоні проведення ООС, так і в умовах повномасштабного вторгнення. За військовою спеціалізацією респонденти поділялися на піхотинців, артилеристів, медиків та зв'язківців.

Результати обстеження комбатантів показали, що понад 60% військовослужбовців, які довгий час перебували в зоні бойових дій, мають симптоми ПТСР різної інтенсивності. Найчастішими проявами є: інтрузивні спогади, флешбеки, нічні кошмари, гіпервігільність, відчуження, почуття провини. У 30% комбатантів виявлено коморбідність із депресією, а у 15% наявні суїцидальні думки.

Молодші військовослужбовці частіше демонстрували симптоми гіперзбудження та агресивності, тоді як старші – емоційну пригніченість і депресивні прояви, що узгоджується з результатами зарубіжних емпіричних досліджень.

У досліджуваній вибірці комбатантів за методикою Рассела і Фергюссона “Експрес-діагностика рівня соціальної ізоляваності особистості” виявлена значна перевага середнього (20%) та високого (66%) рівнів ізоляваності, що підкреслює важливість втручань, орієнтованих на створення ветеранських спільнот, соціальних програм інтеграції. При цьому учасники, які перебували в ізоляції понад 6 місяців або мали досвід поранення, демонстрували вищий рівень соціальної ізоляції та потребу в глибокій психологічній підтримці. Деякі з респондентів у процесі обговорення демонстрували невербальні ознаки тривоги: тремтіння рук, уникання зорового контакту, посилену жестикуляцію.

Використання методики Рідера “Шкала психосоціального стресу”, адаптованої та стандартизованої Копіною, засвідчило, що

53% комбатантів мають високий рівень психосоціального стресу, 33% – середній рівень і лише 12% – низький рівень психосоціального стресу. Більшість комбатантів підтвердили наявність у себе флешбеків, порушення сну, бажання уникнення людей, виражену соціальну ізоляцію. Ці результати узгоджуються з міжнародними спостереженнями та свідчать про накопичувальний характер бойового травматичного досвіду.

Спостереження за наданням психологічної допомоги комбатантам, що довгий час перебували у зоні бойових дій, показали: наявність родинної підтримки значно пом'якшує перебіг розладу, а групова психотерапія дає найвищу ефективність щодо зменшення відчуженості та почуття провини.

Висновки. Узагальнюючи результати дослідження, можна зробити низку важливих висновків, які мають як теоретичне, так і практичне значення.

Посттравматичний стресовий розлад у комбатантів є багатовимірним феноменом, що включає нейробіологічні, психологічні та соціокультурні компоненти.

Перебування в умовах активних бойових дій сучасної війни сприяє формуванню у комбатантів симптоматики комплексного та відстроченого типів ПТСР. При цьому комплексний ПТСР проявляється внаслідок тривалого перебування в зоні безпосереднього бойового зіткнення на межі фізичного і психоемоційного виснаження і супроводжується насамперед хронічним напруженням, емоційною втомою, порушенням саморегуляції. Відстрочений тип ПТСР стає наслідком емоційного осмислення події, його симптоми з'являються через кілька місяців після повернення з фронту. ПТСР у перші роки після участі у бойових діях – це постійно “прихований” стрес, здатний відродитися при найменшому нагадуванні про бойовий досвід.

Розвиток ПТСР у комбатантів зумовлений поєднанням специфічних та

неспецифічних для бойової обстановки стресорів. Перші мають підвищений рівень стресогенності і включають в себе постійно діючі на психіку воєнні маркери смерті: загибель побратимів, контузії, каліцтва; картини фізичних і психоемоційних страждань внаслідок різних проявів насильства в екстремальних умовах. До неспецифічних стрес-чинників відносимо передусім тривалу депривацію основних біологічних і соціальних потреб і виконання напруженої діяльності при підвищеній відповідальності за власні дії.

Комбатанти, які тривалий час перебували в зоні бойових дій під впливом названих травмуючих стрес-чинників, потребують психологічної підтримки і, за потреби, професійної медико-психологічної допомоги.

В умовах війни 2022-2025 рр. українські комбатанти стикаються не лише з фізичною, а й зі специфічною ціннісно-екзистенційною травмою, породженою особливостями ментального сприйняття природи російсько-української війни.

Ветерани війни в Афганістані переживали ті самі симптоми ПТСР, що й сучасні українські комбатанти, але не отримували належної медико-психологічної допомоги, що посилювало

стигматизацію “афганця”. Це спричинило високий рівень алкоголізації, криміналізації та суїцидів серед комбатантів тієї війни в повоєнний період.

Проведений порівняльний аналіз вказує на наявність схожих патернів дезадаптації у сучасних комбатантів, до яких додається ще вплив інформаційних стресорів, медійного середовища та вищий рівень соціальної дезорієнтації. Відсутність належної системи психосоціальної підтримки після повернення із зони бойових дій може відтворити сценарій “втраченого покоління”, характерний для “афганців”. Попри те, що ветерани російсько-української війни мають значно ширший доступ до психологічної допомоги, суспільне визнання й державну підтримку, масштаби і особливості травматизації населення в умовах цієї війни загалом і, зокрема, комбатантів супроводжуються зміною життєвих перспектив, втратою довіри до зовнішньої підтримки і відповідно “замкненістю” на власних ресурсних можливостях. Зазначене, з одного боку, мобілізує внутрішні сили для відновлення, а з іншого – стає додатковим підсилюючим стрес-чинником екзистенційно вакуумного стану особистості в умовах сучасної війни.

Література:

1. Дьяків, О. (2022). Психологічна допомога військовим із ПТСР: вітчизняний досвід. *Актуальні проблеми психології*, 4(56), 112–120.
2. Іванова, Н. (2021). Особливості психотерапевтичної допомоги учасникам бойових дій з ПТСР в Україні. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*, Т. 12, 45, 201–213.
3. Сингаївська, І., & Сокур, І. (2025). Психологічна реабілітація воїнів після повернення у цивільне життя. *Вчені записки Університету «КРОК»*, 3(79), 421–428. <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2025-79-421-428>
4. Шестопалова, Л., & Лісовенко, Л. (2018). Психологічні наслідки бойових дій: досвід України та міжнародні підходи. *Психологічний журнал*, (4), 38–47.
5. Юр'єва, Л., Носов, С., Мамчук, О., Николенко, О., Огоренко, В., Дукельський, О., Шустерман, Т., & Єрчакова, Н. (2017). Діагностика, корекція і

профілактика кризових станів в учасників воєнних конфліктів. Київ. 204.

6. Bisson, J., Cosgrove, S., Lewis, C., & Roberts, N. (2015). Post-traumatic stress disorder. *BMJ*, 351, h6161. Retrieved from: <https://doi.org/10.1136/bmj.h6161>.
7. Hoge, C., Auchterlonie, J., & Milliken, C. (2006). Mental Health Problems, Use of Mental Health Services, and Attrition From Military Service After Returning From Deployment to Iraq or Afghanistan. *JAMA*, 295(9), 1023–1032. Retrieved from: https://doi.org/10.1136/bmj.h6161?utm_source=chatgpt.com.
8. Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048–1060. Retrieved from: https://doi.org/10.1001/jama.295.9.1023?utm_source=chatgpt.com.
9. Yehuda, R., & McFarlane, A. (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American*

Journal of Psychiatry, 152(12), 1705–1713. Retrieved from: <https://doi.org/10.1176/ajp.152.12.1705>.

10. Koenen, K., Ratanatharathorn, A., McLaughlin, K., Bromet, E., Stein, D., & Kessler, R. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 47(13), 2260–

2274.

Retrieved

from:

<https://doi.org/10.1017/S0033291717000708>.

11. Van der Kolk, B. (2014). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. New York: Viking.