

**Міністерство освіти і науки України
Дніпровський державний технічний університет
Факультет економіки та соціальних комунікацій
Кафедра соціально-психологічних і гуманітарних наук**

**Соціологічна асоціація України
Дніпропетровське обласне відділення**

**РОЗВИТОК ОСНОВНИХ НАПРЯМІВ СОЦІОГУМАНІТАРНИХ НАУК:
ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ**

**збірник матеріалів
XII Всеукраїнської науково-практичної конференції**

(м. Кам'янське, 15 – 16 травня 2025 р.)



**Кам'янське
2025**

***XII Всеукраїнська науково-практична конференція «Розвиток основних напрямів соціогуманітарних наук: проблеми та перспективи»
(м. Кам'янське, 15 – 16 травня 2025 р.)***

ВИСОКОФУНКЦІОНАЛЬНИМ АУТИЗМОМ 348

Статті за результатами роботи Круглого столу

**«Суспільні виміри трансформаційних змін в геополітичному просторі» та
секцій конференції**

Богомаз К. ВОЄННІ РЕАЛІЇ УКРАЇНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА 351

**Зборець С., Яковчук Е. ЗАХІД ОЧИМА СХОДУ:
ЗАХІДНОЄВРОПЕЙСЬКИЙ СВІТ В ІСЛАМСЬКИХ ВІЗІЯХ ХІХ СТ. 356**

**Мусієць Т ., Рябець О. ЦИФРОВА ТРАНСФОРМАЦІЯ ФІНАНСОВОГО
СЕКТОРУ ГЛОБАЛЬНОЇ ЕКОНОМІЧНИЇ СИСТЕМИ: ЗМІСТ ТА
ТЕНДЕНЦІЇ..... 362**

**Одякова А., Васильченко О., Павленко О. МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ
СКРИНІНГУ ТРАВМАТИЧНИХ СПОГАДІВ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ... 371**

**Рябець Н. ЦИФРОВА ГЛОБАЛІЗАЦІЯ: НОВИЙ ЕТАП РОЗВИТКУ ТА
МОЖЛИВОСТІ ДЛЯ БІЗНЕСУ 387**

**Сорокіна Л. ІНТЕРНЕТИЗАЦІЯ ЯК СУЧАСНА ТЕНДЕНЦІЯ РОЗВИТКУ
ТЕЛЕБАЧЕННЯ В УМОВАХ СУЧАСНОГО ІНФОРМАЦІЙНОГО
СУСПІЛЬСТВА 395**

**Таран М. ПОГЛИБЛЕННЯ ЗНАНЬ ПРО КУЛЬТУРНИЙ КОД НАЦІЇ
НА УРОКАХ ІНОЗЕМНОЇ МОВИ..... 404**

**Ткаченко І. РОЛЬ І ЗНАЧЕННЯ СОЦІАЛЬНОГО КОМПОНЕНТА В
СИСТЕМІ ЕКОНОМІЧНОЇ БЕЗПЕКИ УКРАЇНИ 409**

**Хмелюк А., Заброта Д., Сторожко А., Полле Т. СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ
ЗОВНІШНЬОЇ ТОРГІВЛІ УКРАЇНИ ТОВАРАМИ: ДИНАМІКА ТА
СТРУКТУРА..... 422**

**Педченко Р., Профатилов І., Бабич А. СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ
ФІНАНСОВИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ВЕЛИКИХ І СЕРЕДНІХ ПІДПРИЄМСТВ:**

**XII Всеукраїнська науково-практична конференція «Розвиток основних напрямів соціогуманітарних наук: проблеми та перспективи»
(м. Кам'янське, 15 – 16 травня 2025 р.)**

ОДЯКОВА АНГЕЛІНА АНДРІЇВНА

здобувач магістерського рівня вищої освіти
спеціальності 053 Психологія

ВНЗ «Університет економіки та права «КРОК»

ВАСИЛЬЧЕНКО ОЛЬГА МИКОЛАЇВНА

доктор психологічних наук, доцент кафедри психології

ВНЗ «Університет економіки та права «КРОК»

ПАВЛЕНКО ОЛЕГ ВОЛОДИМИРОВИЧ

магістр з фізичної терапії та ерготерапії, кінезіолог

ВНЗ «Відкритий міжнародний університет розвитку людини Україна»

**МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ СКРИНІНГУ ТРАВМАТИЧНИХ СПОГАДІВ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ**

Анотація. Стаття присвячена розробці психодіагностичної методики «Скринінг травматичних спогадів», спрямованої на виявлення особливостей функціонування пам'яті та емоційної обробки травматичних подій у військовослужбовців. Актуальність методики зумовлена зростаючою кількістю військових із симптомами посттравматичних розладів, а також потребою в ранньому виявленні порушень, пов'язаних із травматичним досвідом.

У статті розглядається науково-практичне підґрунтя вивчення травматичних спогадів військовослужбовців, акцентуючи увагу на сучасних концепціях інтрузій, флешбеків та механізмах порушення й відновлення пам'яті після психотравмуючих подій. Здійснено міждисциплінарний аналіз вітчизняних та зарубіжних підходів до розуміння феномену травматичної пам'яті в контексті посттравматичного стресового розладу, особливо в умовах бойового досвіду. Представлено психоедукаційні й психотерапевтичні стратегії, що спрямовані на інтеграцію травматичного досвіду в нарративну структуру особистості, з урахуванням когнітивних, емоційних та соматичних проявів травми. Особлива увага приділена методам стабілізації, реконструкції та переробки травматичних спогадів, зокрема моделі EMDR як інструменту активізації адаптивної обробки інформації.

У розробленій профілактичній програмі основна увага приділяється використанню супровідних методів, які дозволяють глибше розкрити зв'язок між тілесними, психофізіологічними та когнітивними аспектами пережитої травми. Програма охоплює кінезіологічний аналіз м'язового напруження як відображення емоційного стресу, сомато-психічну взаємодію як показник психосоматичних процесів, а також нейрофізіологічні механізми ноцицепції, що беруть участь у формуванні та актуалізації травматичних спогадів. Програма базується на сучасних наукових підходах і є практично орієнтованою для фахівців у галузі психотравматології.

Ключові слова: пам'ять; військова травма; травматичні спогади; скринінг; реконструкція спогадів; адаптація та реабілітація військових, психотравматологія, кінезіологія, десенсибілізація та репроцесинг.

Вступ. Психологічна допомога військовослужбовцям, які пережили травматичний досвід, є однією з ключових складових їхнього відновлення і соціальної адаптації. Особливо важливою є робота з травматичними спогадами, адже вони можуть

**XII Всеукраїнська науково-практична конференція «Розвиток основних напрямів соціогуманітарних наук: проблеми та перспективи»
(м. Кам'янське, 15 – 16 травня 2025 р.)**

залишати глибокий слід на психічному здоров'ї та емоційному стані військових, порушуючи нормальне функціонування пам'яті та когнітивних схем. Поширення посттравматичних стресових розладів серед учасників бойових дій підкреслює важливість раннього виявлення симптомів та розробки ефективних інструментів для психодіагностики й терапії.

Постановка проблеми. Повномасштабна війна в Україні спричинила безпрецедентне зростання кількості військовослужбовців, які зазнали психотравмуючих подій різного ступеня інтенсивності та тривалості. Досвід бойових дій, втрата побратимів, постійна загроза життю, фізичні поранення, соціальна ізоляція та порушення звичних моделей взаємодії з навколишнім світом створюють потужне навантаження на психіку. У цьому контексті однією з найсерйозніших загроз для психічного здоров'я військових є посттравматичний стресовий розлад, що безпосередньо пов'язаний із функціонуванням пам'яті, зокрема її інтрузійними формами, флешбеками та фрагментарністю збережених образів.

На сучасному етапі наукового розвитку постає нагальна потреба в інструментах раннього виявлення, скринінгу та подальшої профілактики та корекції травматичних спогадів, що можуть зумовлювати хронічні розлади адаптації, соматизацію, афективну нестабільність та зниження соціального функціонування. Незважаючи на значний обсяг досліджень, проведених у сфері психотравматології, проблема інтеграції травматичних спогадів у цілісну наративну структуру особистості військовослужбовця, яка б дозволяла зберігати ідентичність, функціональність та емоційну стабільність, залишається недостатньо вирішеною.

Метою статті є розробка методики, що дозволяє кількісно оцінити вплив травматичних спогадів на різні сфери життя військових та сприятиме розробці індивідуальних програм реабілітації та підтримки.

Теоретичне підґрунтя. У сучасному науковому дискурсі питання роботи з травматичними спогадами, зокрема у військовослужбовців, активно досліджується як українськими, так і зарубіжними авторами. Аналіз наукових джерел демонструє багатовекторний підхід до вивчення механізмів функціонування травматичної пам'яті, ролі інтрузій, флешбеків, а також до формування ефективних моделей психотерапевтичної та психоедукаційної допомоги особам, які пережили бойовий досвід.

У вітчизняній науковій літературі особливу увагу приділено феномену флешбеків як ключовому симптому ПТСР. Зокрема, у дослідженні О. Борисової (2023) інтрузії аналізуються як ядерна ознака посттравматичного розладу, що тісно пов'язана з порушеннями інтеграції травматичного досвіду в структуру особистісної пам'яті. Авторка демонструє, що спогади, які не були адаптивно оброблені, залишаються в сенсорній формі, що проявляється у вигляді фрагментарних, емоційно насичених образів, які неконтрольовано прориваються у свідомість. Такі положення корелюють із концепцією подвійного кодування К. Брюїна, Т. Далґліша та С. Джозефа (1996), які описали розщеплення між вербально доступною (C-reps) та ситуаційно активованою (S-reps) пам'яттю. Саме дисбаланс між цими типами репрезентацій пояснює домінування флешбеків та труднощі з інтеграцією травматичного епізоду у наративну структуру "Я".

У наступних роботах Борисова (2024) висвітлює психоедукаційний підхід як основу для зниження симптоматики ПТСР та створення умов для подальшої терапевтичної інтеграції. Модель «Архів пам'яті» є прикладом когнітивно-структурованої психоедукації, спрямованої на усвідомлення природи травматичних реакцій та активізацію внутрішніх ресурсів. Автор вказує, що психоедукація не замінює

**XII Всеукраїнська науково-практична конференція «Розвиток основних напрямів соціогуманітарних наук: проблеми та перспективи»
(м. Кам'янське, 15 – 16 травня 2025 р.)**

терапії, але створює когнітивний фундамент для більш глибокої переробки травматичного досвіду. Такий підхід перегукується з моделлю Д. Герман (1992), яка наголошує на послідовності фаз психотерапії – відновлення безпеки, реконструкція травматичної історії та формування нового зв'язку з собою і соціумом. У цьому контексті психоедукація виконує роль стабілізаційного етапу, що підвищує терапевтичну ефективність подальшого втручання.

Дослідження О. Кокуна (2016, 2018) акцентують увагу на адаптаційних механізмах і стресостійкості військовослужбовців, підкреслюючи важливість міжособистісної підтримки та емоційної регуляції. Водночас в роботах О. Блінова (2022) простежується тенденція до вивчення організаційно-психологічних та технологічних засад психологічної допомоги, включно з реконструкцією травматичних спогадів, що співвідноситься з ідеями ван дер Колка (1994), який підкреслює, що травма вкорінюється не лише в пам'яті, а й у тілі, спричиняючи соматичні, емоційні та поведінкові порушення. Він також наголошує, що вербальні методи можуть бути недостатніми без тілесно-орієнтованого підходу, що включає нейрофізіологічну інтеграцію досвіду [20].

У свою чергу, Ф. Шапіро (2001), розробивши метод EMDR, обґрунтовує, що деструктивна пам'ять не була оброблена адаптивною інформаційною мережею і залишається у "замороженому" стані. Її метод дозволяє активізувати природні механізми переробки, зменшуючи емоційну насиченість травматичних спогадів та переводячи їх у наративно інтегровану форму, що узгоджується з ідеями М. Конвея (2000), що описав Self-Memory System як механізм, що об'єднує минулий досвід і актуальну ідентичність. В умовах травми цей механізм порушується, що призводить до фрагментації автобіографічної пам'яті та втрати часової перспективи. Саме це зумовлює появу флешбеків, гіперпильності та емоційної дезорієнтації, описаних у роботах Ч. Моргана III (2004), а також дослідженнях Д. Шактера (2001), який виділив "гріхи" пам'яті, зокрема нав'язливість і викривлення.

Д. Рубін, Д. Бернтсен та М. Боні (2008) запропонували модель, що пояснює ПТСР як порушення у функціонуванні пам'яті, де травматичні спогади зберігають свою емоційну інтенсивність і не піддаються згасанню. Їхня теорія підкріплюється емпіричними даними про центральність травматичних подій у структурі ідентичності, що дозволяє прогнозувати ризик хронізації ПТСР.

Українські дослідження є продовженням та адаптацією провідних зарубіжних концепцій, у контексті російсько-української війни, акцентуючи на актуальності інтегративного, мультидисциплінарного підходу до допомоги військовим із травматичним досвідом.

Викладення основного матеріалу дослідження. Ф. Бартлетт вважається засновником конструктивного підходу до пам'яті. У своїй праці "Запам'ятовування" (1932) він ввів поняття "схема" як ментальна структура, що впливає на те, як особа сприймає, кодує, зберігає та пригадує інформацію.

Ф. Бартлетт наводить приклад знаменитого експерименту "Війна привидів", в якому учасники читали незнайому історію з культури північноамериканських індіанців, а потім переказували її з пам'яті. Згодом спогади зазнавали трансформації: незрозумілі або незвичні елементи змінювалися на більш знайомі, відбувалося узагальнення, скорочення та адаптація під культурні очікування респондента, що стало доказом того, що пам'ять не є точним відображенням реальності, а є реконструкцією, що базується на існуючих знаннях, досвіді та уявленнях [8]. У контексті ПТСР це означає, що військові

**XII Всеукраїнська науково-практична конференція «Розвиток основних напрямів соціогуманітарних наук: проблеми та перспективи»
(м. Кам'янське, 15 – 16 травня 2025 р.)**

можуть з часом змінювати або спотворювати свої спогади відповідно до нових переконань, провини, сорому чи потреб у самооправданні.

М. Конвей є одним із ключових дослідників у галузі когнітивної психології пам'яті. Його модель "системи самопам'яті" (Self-Memory System, SMS), запропонована спільно з Д. Рубіном [12], пояснює, як автобіографічна пам'ять структурується та підтримує особистісну ідентичність.

За М. Конвеем [11], пам'ять не є пасивним архівом, а є активною конструкцією, що постійно взаємодіє із цілями, цінностями й переконаннями особистості. SMS складається з двох підсистем: бази автобіографічних знань (autobiographical knowledge base) та робочого Я (working self). Перша містить події життя, організовані за рівнями узагальнення (від "життєвих періодів" до "специфічних подій"), друга – активний компонент, який коригує пам'ять відповідно до поточних цілей та мотивацій. Саме через таку взаємодію певні спогади можуть набути статусу "само-дефінітивних" (self-defining memories), тобто таких, що суттєво формують Я-концепцію.

У випадках пережитої травми, зокрема у військових, такі спогади часто стають центральними, домінуючи над іншими і переплітаючись із самооцінкою, майбутнім плануванням і поведінкою. М. Конвей підкреслює, що порушення балансу між робочим Я та автобіографічною базою призводить до ригідності, втрати когнітивної гнучкості та появи ПТСР-подібних симптомів.

Д. Рубін, Д. Бернтсен та Е. Боалс [17] проводили дослідження, що стосуються зв'язку між характеристиками автобіографічної пам'яті й розвитком посттравматичного стресового розладу. Вони розробили шкалу «Centrality of Event Scale» (CES), яка дозволяє оцінити, наскільки подія стала центральною для особистої ідентичності людини.

Їхні результати показали, що спогади про травматичні події, які інтегруються в систему Я (тобто розглядаються як критично важливі для розуміння себе, життя і світу), є сильним предиктором симптомів ПТСР. Висока оцінка за CES корелює з частотою нав'язливих спогадів, кошмарів, емоційної дестабілізації та уникання [9].

Також автори відзначають, що травматичні спогади можуть бути не лише мимовільними, але й викликатись свідомо. Обидва типи (вольові й автоматичні) мають подібну емоційну інтенсивність і потенціал для викликання дискомфорту. Результати є основою для глибокого скринінгу не лише об'єктивних характеристик пам'яті, але й суб'єктивної оцінки значущості події в життєвій історії людини.

Ч. Морган [16] вивчав вплив екстремального стресу на пам'ять у контексті військової підготовки та бойових дій. Його унікальні польові експерименти з американськими солдатами, які проходили через симуляцію захоплення в полон (Survival, Evasion, Resistance, and Escape – SERE training), виявили ключові механізми деформації пам'яті під впливом сильного стресу.

Дослідження Ч. Моргана показали, що екстремальний стрес значно впливає на гіпокамп – ділянку мозку, відповідальну за формування контексту та просторової організації спогадів, а також на амігдалу – центр емоційної пам'яті, що призводить до фрагментації спогадів, зниження їхньої точності та підвищення навіюваності. Важливо, що такі зміни мають не лише тимчасовий, а й пролонгований характер, що підтверджує складність посттравматичних розладів у військових.

Крім того, Ч. Морган продемонстрував, що навіть короткотривалий, але дуже інтенсивний стрес може мати такий самий вплив на пам'ять, як і довготривалі бойові дії, що має значення для скринінгу військових після навчань, місій або служби в умовах підвищеної небезпеки.

**XII Всеукраїнська науково-практична конференція «Розвиток основних напрямів соціогуманітарних наук: проблеми та перспективи»
(м. Кам'янське, 15 – 16 травня 2025 р.)**

Д. Шактер, професор Гарвардського університету, запропонував концепцію "семи гріхів пам'яті" [18] – когнітивних схильностей і помилок, які проявляються як при нормальному, так і патологічному функціонуванні пам'яті. У цій моделі пам'ять описується як адаптивна система, яка схильна до системних помилок, що є ціною ефективності.

Сім "гріхів" включають:

1. Минушість (transience) – зменшення доступності спогадів із часом.
2. Неуважність (absent-mindedness) – недбале кодування через розсіяність уваги.
3. Блокування (blocking) – тимчасова неможливість пригадати відому інформацію.
4. Неправильне приписування (misattribution) – помилкове джерело пам'яті.
5. Навіюваність (suggestibility) – спотворення під впливом зовнішніх чинників.
6. Упередженість (bias) – перекручування спогадів відповідно до поточних переконань.
7. Наполегливість (persistence) – нав'язливі спогади, типові при ПТСР.

Саме останній гріх – наполегливість – має безпосереднє відношення до травматичних спогадів військових. Д. Шактер вказує, що нав'язливі спогади є проявом порушеного регулювання емоційного й когнітивного компонентів пам'яті, коли механізми придушення спогадів виявляються неефективними.

Проблематика травматичних спогадів у військовослужбовців займає центральне місце у сучасній психотравматології. Травматичні спогади (ТС) – це інтенсивні, емоційно насичені епізоди пам'яті про події, пов'язані з реальними або потенційними загрозами життю, які не піддаються звичайній когнітивній інтеграції та часто проявляються у вигляді флешбеків, нічних жахів або нав'язливих образів [10].

Одним з ключових понять у контексті дослідження ТС є дихотомія між експліцитною (декларативною) та імпліцитною (сенсорно-емоційною) пам'яттю. Як показали дослідження Ж. Леду [15], після пережитої травми імпліцитні сліди пам'яті можуть бути автоматично активовані під дією тригерів, минаючи контроль з боку префронтальної кори, що створює фізіологічне "повторне проживання" події без когнітивного усвідомлення.

Модель подвійного представлення травми (Dual Representation Theory), розроблена К. Брюїном, Т. Далгліш та С. Джозефом [10], постулює існування двох паралельних систем репрезентації: Verbally Accessible Memory (VAM) і Situationally Accessible Memory (SAM). У військових із ПТСР відбувається домінування SAM, що активується при мінімальному нагадуванні, тоді як VAM – що забезпечує контекстуалізацію подій – блокується.

Серед військовослужбовців ТС мають специфічні форми: висока фрагментарність, порушення часової послідовності, дезорганізація контексту і високий ступінь фізіологічного збудження при пригадуванні [17]. Варто зазначити, що за даними американських досліджень, понад 30% ветеранів бойових дій мають симптоми ПТСР, у структурі якого домінує компонент нав'язливих спогадів (APA; VA/DOD).

Не менш важливим є вплив когнітивного стилю та нейропсихологічних особливостей на процес кодування та збереження травматичних епізодів. Дослідження Л. Єлінек та ін. [14] свідчать, що ветерани з підвищеною тривожністю демонструють тенденцію до надто загальної автобіографічної пам'яті (Overgeneral Memory), що може бути формою психологічного захисту.

**XII Всеукраїнська науково-практична конференція «Розвиток основних напрямів соціогуманітарних наук: проблеми та перспективи»
(м. Кам'янське, 15 – 16 травня 2025 р.)**

Таким чином, скринінг ТС у військових має враховувати як особливості пам'яті (сенсорна, емоційна, автобіографічна), так і когнітивно-емоційний фон пацієнта, нейропсихологічні особливості, наявність ПТСР та супутніх станів.

Дослідження травматичних спогадів та особливостей пам'яті у військових в українській науковій традиції є пріоритетним напрямом прикладної військової та клінічної психології, що особливо актуалізувався з початком бойових дій на Сході України у 2014 році. В умовах війни психологічна наука в Україні отримала новий імпульс для розвитку, і низка українських науковців зробила суттєвий внесок у теоретичне осмислення, емпіричне вивчення та психокорекційну роботу з травматичними спогадами військовослужбовців.

О. Борисова зробила значний внесок у дослідження бойового травматизму, психологічних наслідків участі у війні та особливостей пам'яті в умовах посттравматичних розладів. О. Борисова [1] зазначає, що психіка військовослужбовця, який пережив бойову травму, зазнає глибоких змін, що насамперед виявляється у функціонуванні пам'яті. Автор наголошує, що під впливом надсильного стресу відбувається своєрідна фрагментація спогадів – вони втрачають хронологічну цілісність, а деякі компоненти повністю блокуються. При цьому травматичні епізоди зберігаються у вигляді яскравих, нав'язливих образів і тілесних відчуттів, які можуть несвідомо активуватися через зовнішні тригери [3].

О. Борисова [2] звертає увагу на необхідність психотерапевтичного підходу, який враховує не лише симптоми ПТСР, а й глибинну зміну наративної структури особистості. Автор пропонує інтегрувати методи реконструкції життєвої історії та тілесно-орієнтовану терапію для повторного перепроживання та трансформації травматичного досвіду. На її думку, ключем до відновлення є відтворення цілісного «Я-наративу», в якому травма займає не центральне, а інтегроване місце.

О. Кокун [5] підкреслює, що у військових, які пережили бойовий шок, спостерігається гіперфункція окремих каналів пам'яті, що виявляється у формі флешбеків, нічних кошмарів та соматичних реакцій. Такі прояви є наслідком порушеної інтеграції події в довготривалу наративну пам'ять.

Дослідник аналізує механізми адаптації та відновлення після бойових дій. Він вводить поняття «травматичного зміщення хронотопу», за яким часові та просторові параметри спогаду залишаються закріпленими у минулому, і військовий несвідомо продовжує жити в подіях бою. На думку автора, зміщення хронотипу потребує глибокої психокорекції із застосуванням когнітивно-поведінкових, наративних та групових методів [6].

Організаційні ресурси, за О. Бліновим [4], слід розглядати як систему форм, засобів і умов, що забезпечують ефективність психологічного відновлення. До системи входять матеріальні, кадрові, інституційні та нормативно-правові елементи, які взаємодіють між собою на різних етапах реабілітаційного процесу. Матеріальні ресурси охоплюють забезпечення відповідної інфраструктури, наявність фінансування, доступ до сучасного психологічного інструментарію. Людський потенціал у такій системі має не менш важливе значення: йдеться не тільки про професійну підготовку фахівців, а й про їх особистісну готовність до роботи в умовах підвищеної емоційної напруги.

Автор підкреслює доцільність поетапного підходу до реабілітації, який охоплює підготовку військовослужбовців до служби в екстремальних умовах, психологічний супровід під час бойових дій, після повернення з фронту, під час перебування у госпіталях та на етапі повернення до цивільного життя. Такий поетапний процес дозволяє своєчасно виявляти психотравматичні фактори, а також формувати

**XII Всеукраїнська науково-практична конференція «Розвиток основних напрямів соціогуманітарних наук: проблеми та перспективи»
(м. Кам'янське, 15 – 16 травня 2025 р.)**

індивідуальні програми реабілітації, адаптовані до особистісних особливостей військових.

О. Білінов [4] акцентує увагу на специфіці роботи з пораненими військовими, особливо з тими, хто зазнав серйозних фізичних ушкоджень або втратив здатність до самостійного життя. У таких випадках психологічна допомога має бути максимально персоналізованою, з урахуванням не лише фізичного стану особи, а й її суб'єктивного сприйняття втрат. Успіх психологічної реабілітації, за словами дослідника, визначається не лише зовнішніми показниками, як соціальна адаптація чи працевлаштування, а й внутрішнім відчуттям гармонії, зменшенням рівня тривожності, наявністю життєвих цілей і відновленням смислу життя.

Методологія методики. «Скринінг травматичних спогадів» ґрунтується на численних психотерапевтичних і психологічних концепціях, що стосуються травматичного стресу, механізмів пам'яті, емоційної регуляції, соціальної адаптації та когнітивних процесів. Її основна мета – визначити вплив травматичних переживань на спогади військових, а також взаємозв'язки між когнітивними, емоційними та соціальними аспектами адаптації після бойових дій.

Основною методологічною основою є теорія когнітивної реконструкції, яка стверджує, що спогади, особливо ті, що пов'язані з травмуючими подіями, можуть бути суб'єктивно реконструйовані людиною на основі її поточних когнітивних схем. Військовий стрес може порушити нормальне функціонування когнітивних схем, що призводить до викривленого сприйняття спогадів і формування посттравматичних симптомів. Звідси виникає необхідність у психокорекції та зміні когнітивних перекручувань, щоб допомогти особі адаптуватися до нової реальності [7].

Методика спирається на теоретичні засади ПТСР, який є основною формою психічної реакції на травматичний досвід. ПТСР описує порушення, які виникають після пережитих травм, таких як бойові дії. Основні симптоми ПТСР включають повторювані спогади про травму, уникання ситуацій, що нагадують про неї, і надмірну емоційну реакцію.

Когнітивні й емоційні компоненти ПТСР дозволяють зрозуміти механізми, через які травматичний досвід впливає на поведінку, емоції і когнітивні процеси індивіда. Для цього важливо вивчити, як особа переживає і обробляє травму, а також які стратегії регуляції емоцій і пам'яті використовуються для адаптації до травматичного досвіду.

Методика ґрунтується також на принципах когнітивно-поведінкової терапії, зокрема на концепціях про роль когнітивних модифікацій та їх вплив на емоційний стан. Згідно з теорією, людина може неусвідомлено змінювати своє сприйняття подій на основі травматичного досвіду, що в свою чергу призводить до розвитку негативних емоцій і поведінкових реакцій. Військові, які пережили бойові дії, можуть створювати негативні когнітивні патерни (наприклад, спотворене сприйняття часу, майбутнього чи соціальних взаємин), що ускладнює їхню адаптацію до мирного життя.

Одним із центральних аспектів методики є дослідження стресових ситуацій, з якими стикаються військові після повернення з бойових дій. За Р. Лазарусом та С. Фолкман [13], стрес є результатом взаємодії між індивідом та його оточенням, коли ситуація оцінюється як загроза, а ресурси для її подолання обмежені. У цьому контексті стрес у військових проявляється в переживанні травматичних спогадів і пов'язаних з ними емоцій.

Методика спирається на соціальну теорію адаптації, яка досліджує, як індивіди адаптуються до нових умов після пережитого стресу. Військові часто стикаються з труднощами у відновленні нормальних соціальних зв'язків після бойових дій, що може

**XII Всеукраїнська науково-практична конференція «Розвиток основних напрямів соціогуманітарних наук: проблеми та перспективи»
(м. Кам'янське, 15 – 16 травня 2025 р.)**

проявлятися у відчуженні від родини, друзів та соціального оточення. Труднощі можуть бути пов'язані з негативними переживаннями і стратегіями уникання або ізоляції.

Важливою є ідея соціального конструктивізму, згідно з якою людина формує своє сприйняття реальності через взаємодію з іншими людьми. Для військових, що пережили бойові дії, це може означати формування нових схем соціальних взаємин, а також переоцінку своєї ролі в суспільстві після повернення додому.

Ще одна ключова теоретична основа методики – це нейропсихологічні теорії пам'яті та когнітивної обробки інформації, що описують, як травма може впливати на механізми зберігання та відтворення спогадів. Військові часто відчують порушення в структурі пам'яті, таке як фрагментовані або модифіковані спогади про бойові події, що може бути наслідком стресу та травми, які впливають на механізми консолідації пам'яті.

Важливим аспектом методики є дослідження часової перспективи, яку запропонував Ф. Зимбардо [21]. Теорія вивчає, як люди сприймають свій минулий, теперішній і майбутній досвід. Для військових, які пережили бойові дії, їхнє сприйняття часу часто змінюється: вони можуть «застрягти» в минулому або бути надмірно зосереджені на поточному моменті, що заважає їм планувати майбутнє.

Методика також враховує концепцію емоційного інтелекту, яка полягає в здатності індивіда розпізнавати і управляти своїми емоціями, а також емоціями інших людей. Для військових, які пережили бойові дії, важливо оцінити рівень емоційної регуляції та здатність до соціальної взаємодії, оскільки порушення в цих сферах можуть ускладнити процеси адаптації та реабілітації.

Структура методики: методика складається з 6 шкал:

- I. Функціонування пам'яті (Пам'ять)
- II. Емоційне переживання спогадів (Емоції)
- III. Комунікація та соціальна адаптація (Соціум)
- IV. Дієздатність та рівень активності (Активність)
- V. Орієнтування в часі та просторі (Орієнтація)
- VI. Візія майбутнього (Майбутнє)

Інструкція: Перед початком роботи з методикою психологу необхідно створити спокійну, довірливу атмосферу. Скажіть респондентові, що він братиме участь у дослідженні, яке допоможе краще зрозуміти, як травматичний досвід впливає на його пам'ять, емоції, активність, соціальну взаємодію, орієнтацію в реальності та бачення майбутнього. Поясніть, що методика не передбачає правильних або неправильних відповідей – важлива лише щирість. Попередьте, що у дослідженні немає оцінювання його особистості, відповіді використовуються лише для глибшого розуміння внутрішнього стану. Зазначте, що опитування складається з 30 тверджень, на які потрібно відповісти «Так» або «Ні» (кожна відповідь «Так» оцінюється в 1 бал).

Попросіть респондента відповідати чесно. Уточніть, що навіть якщо щось здається дрібницею, але все ж мало місце, слід відповідати «Так». За потреби, поясніть, що відповідь «Так» стосується факту наявності досвіду, а не його сили чи частоти. Якщо виникає сумнів, обговоріть це разом, щоб знайти найбільш точну відповідь. Наголосіть, що під час опитування важливо бути уважним до своїх відчуттів та, якщо якимось запитанням викликає емоційну реакцію, зупиніться та обговоріть це.

Стимульний матеріал методики:

- I. Функціонування пам'яті (Пам'ять)
 1. Чи часто Ви забуваєте важливі події, які відбулися після травматичних подій?
 2. Чи виникають у Вас раптові спогади про бойові дії без видимого тригера?
 3. Чи уникаєте Ви ситуацій або людей, які нагадують Вам про травматичні події?

**XII Всеукраїнська науково-практична конференція «Розвиток основних напрямів соціогуманітарних наук: проблеми та перспективи»
(м. Кам'янське, 15 – 16 травня 2025 р.)**

4. Чи відчуваєте труднощі із запам'ятовуванням нової інформації?
5. Чи є у вас спотворені або фрагментовані спогади про бойові події?
- II. Емоційне переживання спогадів (Емоції)
6. Чи супроводжуються спогади про бойові дії сильним емоційним дискомфортом?
7. Чи відчуваєте Ви страх або тривогу при згадуванні бойових подій?
8. Чи відчуваєте Ви злість або агресію через минулі події?
9. Чи відчуваєте Ви провину або сором через свої дії або бездіяльність під час війни?
10. Чи маєте Ви труднощі з контролем своїх емоцій під час спогадів про бойові події?
- III. Комунікація та соціальна адаптація (Соціум)
11. Чи відчуваєте Ви відчуженість Від своєї родини або друзів?
12. Чи уникали Ви контактів із близькими через свої переживання?
13. Чи маєте Ви труднощі в побудові нових соціальних зв'язків?
14. Чи здається Вам, що оточуючі не можуть вас зрозуміти?
15. Чи уникаєте Ви соціальних заходів, навіть якщо вони вам цікаві?
- IV. Дієздатність та рівень активності (Активність)
16. Чи маєте Ви труднощі з мотивацією до виконання звичних справ?
17. Чи відчуваєте Ви хронічну втому або слабкість?
18. Чи маєте Ви труднощі з концентрацією уваги під час виконання завдань?
19. Чи здається Вам, що ви втратили контроль над своїм життям?
20. Чи уникаєте Ви фізичної активності через психологічний стан?
- V. Орієнтування в часі та просторі (Орієнтація)
21. Чи буває у Вас відчуття, що Ви «застрягли» в минулому?
22. Чи відчуваєте Ви труднощі з орієнтуванням у часі (наприклад, забуваєте дати)?
23. Чи плутаєте Ви події з різних періодів життя?
24. Чи здається Вам, що минуле впливає на Ваші теперішні рішення занадто сильно?
25. Чи відчуваєте Ви складність у сприйнятті навколишнього середовища?
- VI. Візія майбутнього (Майбутнє)
26. Чи у Вас є відчуття, що майбутнє не має сенсу?
27. Чи важко Вам будувати плани навіть на короткий період?
28. Чи уникаєте Ви розмов про своє майбутнє?
29. Чи здається Вам, що Ваші перспективи дуже обмежені?
30. Чи відчуваєте Ви безнадійність щодо свого майбутнього?

Обрахунок балів та інтерпретація: Кожна шкала має 5 питань. Максимальна сума балів у кожній шкалі – 5. Загальна максимальна кількість балів – 30.

Інтерпретація результатів:

0–5 балів – низький рівень впливу травматичних спогадів.

6–10 балів – помірний рівень впливу.

11–15 балів – високий рівень впливу.

16–20 балів – значний рівень впливу, необхідність психологічної допомоги.

21–30 балів – критичний рівень впливу, рекомендована спеціалізована допомога.

Також можна аналізувати окремі шкали, щоб визначити, які саме аспекти травматичних спогадів впливають на респондента найбільше.

Інтерпретація шкал:

**XII Всеукраїнська науково-практична конференція «Розвиток основних напрямів соціогуманітарних наук: проблеми та перспективи»
(м. Кам'янське, 15 – 16 травня 2025 р.)**

I. Функціонування пам'яті. Високий рівень у цій шкалі вказує на порушення когнітивних процесів, що може проявлятися у вигляді дисоціативної амнезії, флешбеків, труднощів із запам'ятовуванням нової інформації, а також уникання нагадувань про травматичні події.

II. Емоційне переживання спогадів. Високий бал сигналізує про емоційну гіперактивність, що включає виражені реакції страху, тривоги, злості, провини, що впливає на емоційну регуляцію та загальний психічний стан.

III. Комунікація та соціальна адаптація. Високий рівень вказує на проблеми з міжособистісною взаємодією, відчуття ізоляції, недовіру до соціального оточення, труднощі у побудові нових соціальних зв'язків.

IV. Дієздатність та рівень активності. Високий показник свідчить про зниження загальної мотивації, порушення активності, труднощі у виконанні щоденних завдань, фізичну та психоемоційну виснаженість.

V. Орієнтування в часі та просторі. Високий рівень у цій шкалі асоціюється з дезорієнтацією у реальності, ретроспективним мисленням, що може спричиняти дисоціативні епізоди.

VI. Візія майбутнього. Високий бал свідчить про втрату смислу життя, песимістичне бачення майбутнього, відчуття безнадійності та обмежених перспектив.

Методи математичної статистики для перевірки надійності результатів:

Для оцінки надійності методики можна застосувати коефіцієнт внутрішньої узгодженості (Кронбаха α). Його значення вище 0,7 вказує на високу надійність шкал.

Для перевірки валідності можна використати факторний аналіз, що допоможе визначити, чи групуються питання у відповідні шкали. Критерій Кайзера-Майєра-Олкіна (КМО) має бути вищим за 0,6.

Статистичний аналіз даних передбачає розрахунок середнього значення, стандартного відхилення та нормальність розподілу за критерієм Шапіро-Вілка. Кореляційний аналіз (коефіцієнт Пірсона або Спірмена) допоможе виявити взаємозв'язки між шкалами.

Для аналізу групових відмінностей можна застосувати тест Стюдента або дисперсійний аналіз ANOVA, що дозволить виявити значущі розбіжності між групами військових з різним рівнем травматизації.

Супроводжуючі методи при дослідженні.

1. *Кінезіологія*, що вивчає рухи людського тіла та їх взаємодію з нервовою, м'язовою та скелетною системою. Вона надає важливу інформацію про те, як фізичні рухи і напруження в тілі можуть бути пов'язані з емоційними та психологічними станами. Військові, які пережили травму, часто мають фізіологічні реакції, такі як напруга в м'язах, зниження гнучкості або біль у суглобах, що є наслідками тривалого стресу та травм.

Фізіологічний компонент стресу у військових можна пояснити через концепцію кінезіології, яка вказує на те, що стрес може проявлятися через напруження м'язів і обмеження рухливості тіла. Тіло реагує на стрес з допомогою автоматичних рефлексів, які з часом можуть сформувати стійкі патерни напруження, що, в свою чергу, призводить до больових синдромів, таких як хронічні болі в спині, головний біль, напруга в шії тощо. Оцінка фізіологічних проявів через шкалу «Активність» дозволяє з'ясувати, як фізичне функціонування і рухова активність військових змінюються після травматичного досвіду.

Кінезіологічні підходи також підкреслюють важливість тілесних терапій, таких як вправи для релаксації м'язів або зміна патернів рухів, для полегшення травматичних

**XII Всеукраїнська науково-практична конференція «Розвиток основних напрямів соціогуманітарних наук: проблеми та перспективи»
(м. Кам'янське, 15 – 16 травня 2025 р.)**

симптомів і підтримки психічного здоров'я. Військові, які мають фізіологічні блоки, часто відчують, що їхні тілесні стани віддзеркалюють їхній емоційний і психологічний стан, що робить важливим комплексний підхід до їхнього лікування.

2. *Сомато-психічна взаємодія.* Сомато-психіка – це концепція, що досліджує взаємодію між фізичним тілом і психологічними процесами. Вона підкреслює, як психічні травми, зокрема стрес і тривога, можуть проявлятися через фізичні симптоми, і навпаки, як фізичні травми можуть впливати на психічний стан. Військові, які пережили бойові дії, часто відчують посттравматичні порушення в тілі, які можуть бути виражені через головний біль, болі в шиї, спині або шлунково-кишкові проблеми. Симптоми можуть бути фізичними проявами психічних стресів і тривоги.

Використання такого підходу в поєднанні з методикою дозволяє звернути увагу на взаємозв'язок між фізичним болем і емоційним дискомфортом, що дає змогу більш комплексно оцінювати стан військових. Наприклад, у військових, які пережили травматичні події, болі в тілі можуть бути не лише результатом фізичних ушкоджень, але й психосоматичними відображеннями їхнього емоційного стану (страху, тривоги, гніву).

Зокрема, оцінка больових симптомів у військових дозволяє виявити приховані психосоматичні порушення, що часто є наслідком хронічного стресу або ПТСР. Тому шкали, що включають оцінку фізичного стану, повинні враховувати як тіло, так і психічні аспекти досвіду.

3. *Неврологія та ноцицепція: роль у формуванні травматичних спогадів.* Ноцицепція – це процес сприйняття та передачі больових відчуттів через нервову систему. Вона має важливе значення в контексті травматичних переживань, оскільки біль є однією з основних форм реакції на травму, що може супроводжуватися змінами у функціонуванні мозку та нервової системи. У військових, які пережили бойові дії, ноцицепція може бути пов'язана з хронічним болем, а також з порушенням зв'язку між фізичними і психологічними аспектами травми.

Ноцицепція також відіграє роль у формуванні травматичних спогадів, оскільки больові відчуття можуть бути зв'язані з конкретними травматичними подіями. Згідно з нейропсихологічними дослідженнями, біль може стати стимулом для виникнення спогадів про травматичні події, які відновлюються кожного разу, коли виникають больові відчуття або їхні передвісники.

Такий механізм є важливим для розуміння того, чому військові, які пережили травму, можуть знову переживати спогади про бойові дії або інші травматичні події, що може проявлятися у вигляді болю в певних ділянках тіла, що активує в мозку асоціативні зв'язки з подіями війни, спричиняючи повторне переживання травматичних спогадів. Оцінка аспектів у рамках шкали «Пам'ять» дає змогу виявити, як фізичний біль пов'язаний з когнітивними процесами і формуванням спогадів про бойові події.

4. *Психофізіологічний аспект і адаптація до стресу.* Дослідження психофізіологічної адаптації вказують на те, що стресові ситуації, такі як бойові дії, можуть призводити до постійного активації фізіологічних механізмів, що супроводжуються змінами в роботі серцево-судинної, нервової і м'язової системи. Тіло постійно знаходиться в режимі «боротьби або втечі», що впливає на фізичний і психологічний стан військових.

Тим часом, відновлення після травми включає в себе не лише емоційне, але й фізіологічне відновлення, яке часто вимагає втручання на рівні тілесних реакцій. Методика дозволяє оцінити, як змінюється психофізіологічний стан військових і як ці зміни впливають на їхню здатність адаптуватися до мирного життя.

**XII Всеукраїнська науково-практична конференція «Розвиток основних напрямів соціогуманітарних наук: проблеми та перспективи»
(м. Кам'янське, 15 – 16 травня 2025 р.)**

5. *Метод десенсибілізації та репроцесингу за допомогою рухів очей (EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing)*. Під час EMDR-сесії фахівець просить військового зосередитись на обраному травматичному спогаді, включаючи образ, негативну когніцію, тілесні відчуття та афективну реакцію. Після цього запускається серія білатеральної стимуляції, протягом якої військовий слідкує за рухом пальців терапевта або отримує альтернативні сенсорні стимули. Процес супроводжується «вільними асоціаціями», що спонтанно виникають у психіці клієнта. Важливим є те, що терапевт не втручається в цей внутрішній процес, а лише періодично зупиняє сесію для уточнення змін у переживаннях клієнта.

Механізм дії EMDR, згідно з теоретичною концепцією Ф. Шапіро [19], спирається на Адаптивну Систему Обробки Інформації (Adaptive Information Processing – AIP). Система забезпечує інтеграцію нової інформації у вже наявні когнітивні та емоційні схеми. Травма порушує цю здатність, залишаючи у психіці нефільтровані фрагменти досвіду, які при активації (нагадування, схожі ситуації) викликають реакції тривоги, флешбеки, соматичні симптоми або дисоціацію. EMDR дозволяє переписати цей «травматичний запис» шляхом активації природної інтеграційної здатності мозку.

На нейрофізіологічному рівні дослідники пов'язують дію EMDR із процесами, що відбуваються під час швидкого сну (REM-фази), коли також спостерігаються характерні рухи очей. Імовірно, ці рухи сприяють перерозподілу емоційної активності в мозку, особливо між мигдалевидним тілом, гіпокампом і префронтальною корою, що відповідають за емоції, пам'ять і когнітивний контроль відповідно. Таким чином, EMDR може активувати механізми нейропластичності та сприяти зниженню емоційної заряду спогаду, зберігаючи при цьому змістовну частину досвіду.

Ф. Шапіро [19] запропонувала чітку протокольну структуру EMDR, яка включає вісім основних фаз: від збору анамнезу до повторного оцінювання результатів після завершення терапії. У процесі терапії клієнт поступово переходить від негативних оцінок себе, пов'язаних із травмою (наприклад, «Я безпорадний», «Я в небезпеці»), до позитивних когніцій («Я вижив», «Я контролюю ситуацію»), що сприяє трансформації самосприйняття та зменшенню симптомів ПТСР.

Ефективність EMDR була підтверджена численними емпіричними дослідженнями. Американська психологічна асоціація (APA), Всесвітня організація охорони здоров'я (ВОЗ) та Міжнародне товариство з вивчення травматичного стресу (ISTSS) офіційно визнали метод як доказовий для лікування посттравматичного стресового розладу. Особливо цінним EMDR є в роботі з військовими, адже дозволяє досягнути значного зниження симптоматики навіть за відносно короткий термін, у порівнянні з традиційними методами когнітивної терапії.

Окремої уваги заслуговує гуманістичний аспект підходу Ф. Шапіро. У центрі її концепції – ідея цілісності людини, де навіть найболючіший досвід може бути інтегрований у життєву історію як джерело сили, саморозуміння та відновлення. EMDR не виключає емоційного болю, а створює безпечний простір для його трансформації, підтримуючи автономність, внутрішні ресурси та відновлення гідності особистості.

Таким чином, метод EMDR є не лише ефективним клінічним інструментом, а й цілісним підходом, що поєднує психотерапевтичну науку, нейропсихологію, гуманістичну етику та глибоке розуміння механізмів адаптації після травми. Він відкриває шлях до відновлення для тих, чий досвід війни залишив глибокі сліди в пам'яті та тілі.

**XII Всеукраїнська науково-практична конференція «Розвиток основних напрямів соціогуманітарних наук: проблеми та перспективи»
(м. Кам'янське, 15 – 16 травня 2025 р.)**

Методика в поєднанні з фізичними аспектами допомагає виявити зв'язок між фізичним і психологічним станом, що є важливим для розробки інтервенцій, спрямованих на якісну реабілітацію військових після травматичних переживань.

Профілактична програма травматичних спогадів у військових. На основі представлених теоретичних засад та розробленої методики оцінки травматичних спогадів у військових, профілактична програма ґрунтується на комплексному, багаторівневому підході, що інтегрує когнітивно-поведінкову, соматичну, психофізіологічну й нейропсихологічну перспективи. Програма спрямована не лише на виявлення і зниження інтенсивності травматичних спогадів, а й на зміцнення адаптаційного потенціалу, відновлення функціональних можливостей пам'яті, нормалізацію емоційного реагування, покращення соціальної взаємодії, а також формування конструктивного бачення майбутнього.

Ключовим завданням програми є відновлення цілісного сприйняття власного досвіду, розмежування минулого і теперішнього в уявленні військовослужбовців, що можливо через специфічну психоосвітню та терапевтичну роботу.

Основою першого етапу є стабілізація, яка передбачає зниження симптомів гіперактивації центральної нервової системи. В межах етапу використовуються тілесно-орієнтовані техніки, зокрема методики глибокої м'язової релаксації, дихальні вправи, елементи йоги та нейрокінезіології. Практики дають змогу зменшити фізіологічні прояви тривоги й напруження, що є необхідною умовою для подальшої обробки травматичного досвіду. Значна увага приділяється тілесній саморегуляції через навчання розпізнаванню соматичних тригерів, пов'язаних із травматичними спогадами, та їхньому поступовому нейтралізуванню.

Після стабілізації розпочинається етап інтеграції травматичного досвіду, який є центральним у рамках вторинної профілактики. У цьому блоці слід використовувати методику EMDR (десенсибілізації і репроцесії за допомогою рухів очей), що адаптована під контекст бойових травм. Сеанси спрямовуються на переробку ключових фрагментів травматичної пам'яті шляхом активації міжпівкульної інтеграції, що сприяє зниженню емоційної інтенсивності спогадів. Процес відбувається поступово, в умовах високої безпеки і контролю, з обов'язковим моніторингом фізичних реакцій, зокрема серцевого ритму, напруги в м'язах та дихання, що дозволяє уникнути повторної ретравматизації.

У рамках інтеграційного блоку також застосовуються когнітивно-поведінкові підходи, що дають змогу ідентифікувати дисфункціональні переконання, сформовані внаслідок травматичних подій (наприклад, «я більше не можу довіряти людям», «я нічого не вартий», «я не здатен впоратись з життям»). Після виявлення такі переконання піддаються когнітивній реструктуризації, тобто заміщенню їх більш адаптивними уявленнями про себе, інших та світ.

Особлива роль у програмі відводиться роботі з пам'яттю. Для відновлення когнітивної цілісності та функціональної гнучкості необхідно застосовувати тренінг нейропластичності, який включає вправи на реконструкцію подій, відтворення деталей у контрольованих умовах, логічні й образні завдання, спрямовані на стимуляцію лобових зон кори головного мозку. У випадках дисоціативної амнезії здійснюється поступове повернення втрачених спогадів із чітким маркуванням їхнього місця в хронології життя та формуванням нового наративу, який дозволяє інтегрувати події в загальний життєвий досвід.

Програма також охоплює блок психоосвіти щодо природи травматичної пам'яті, функціонування ноцицепції та впливу тілесних реакцій на психіку. Військовим пояснюється, що багато симптомів не є ознаками психічного розладу, а нормальними

***XII Всеукраїнська науково-практична конференція «Розвиток основних напрямів соціогуманітарних наук: проблеми та перспективи»
(м. Кам'янське, 15 – 16 травня 2025 р.)***

фізіологічними реакціями організму на надмірний стрес. Такий підхід сприяє зниженню стигматизації, зміцнює суб'єктну позицію особистості та формує довіру до психотерапевтичного процесу.

У межах блоку соціальної адаптації реалізуються групові інтервенції, спрямовані на відновлення навичок міжособистісної взаємодії, побудову довірливих зв'язків, а також навичок вирішення конфліктів. Групи підтримки дозволяють знижувати відчуття ізоляції, формувати нові соціальні ролі та ідентичності поза контекстом бойових дій, що є важливою умовою для ефективної реінтеграції військових у цивільне середовище.

Окрему увагу програма приділяє формуванню позитивної візії майбутнього. Для цього впроваджуються техніки «майбутнього самопроєктування», під час яких військові формулюють життєві цілі, розробляють конкретні кроки до їх досягнення та створюють персональні стратегії подолання труднощів. Працюючи з уявленнями про майбутнє, психолог водночас допомагає ідентифікувати приховані страхи, пов'язані з втратою смислу, та сприяє формуванню надії і внутрішньої мотивації.

Завершальний етап програми присвячений укріпленню досягнутого ефекту та профілактиці рецидиву симптомів. Він включає регулярні психотерапевтичні сесії з відстеженням емоційного стану, тілесних реакцій, рівня активності, соціальних контактів та адаптаційних ресурсів. Формується індивідуальний план психологічного самоогляду, в якому прописуються ефективні стратегії регуляції емоцій, фізичних вправ, практики розвантаження, а також механізми звернення по допомогу.

Програму необхідно реалізовувати на кількох рівнях: індивідуальному, груповому й організаційному. На індивідуальному рівні ключовою є рання психодіагностика з подальшою індивідуалізацією маршруту психологічної допомоги. На груповому – впровадження підтримувальних форматів, спрямованих на нормалізацію реакцій, розвиток безпечної комунікації та формування адекватних стратегій подолання. На організаційному – інтеграція психопрофілактичної роботи в систему військової служби, зокрема через регулярні освітні модулі з функціонування пам'яті, емоційної саморегуляції та стрес-менеджменту. Ефективність програми має оцінюватися як за клінічними показниками (рівень симптоматики ПТСР, інтенсивність флешбеків, наявність дисоціації), так і за когнітивно-емотивними критеріями (ступінь інтеграції спогадів, когнітивна гнучкість, ідентифікація позитивних змін – *post-traumatic growth*). Доцільним є також включення нейропсихологічного моніторингу за допомогою відповідних тестів або, за можливості, методів нейровізуалізації.

Таким чином, профілактична програма роботи з травматичними спогадами військових є комплексною, багатоетапною структурою, яка інтегрує найкращі науково обґрунтовані підходи, враховує як психологічні, так і соматичні складові посттравматичних розладів, а також спрямована на довготривале відновлення функціонування особистості. Програма не лише знижує симптоматику, а й відновлює відчуття ідентичності, безпеки, контролю над власним життям, формуючи основу для повноцінної реінтеграції у суспільство.

Висновки. Враховуючи глибину теоретичних концепцій щодо функціонування пам'яті в умовах психотравматичного досвіду військовослужбовців, методологія дослідження травматичних спогадів побудована комплексною. У розробленій методиці важливим є не лише виявлення наявності травматичних спогадів, а й оцінка їхньої центральності в особистісній ідентичності, інтенсивності емоційного супроводу, типу репрезентації (вербальна чи ситуаційна), когнітивної структури та взаємодії із поточними мотиваційними установками особистості. Обов'язковим компонентом методології є якісне інтерв'ювання з елементами нарративного аналізу, що дозволяє

**XII Всеукраїнська науково-практична конференція «Розвиток основних напрямів соціогуманітарних наук: проблеми та перспективи»
(м. Кам'янське, 15 – 16 травня 2025 р.)**

простежити, як військовослужбовець конструює зміст свого досвіду, виявляючи зміщення, прогалини, фрагментацію або дисоціацію.

Необхідним елементом дослідження є також скринінг психологічних захворювань, що супроводжують ПТСР (депресивні стани, генералізована тривожність, соматоформні порушення), оскільки саме коморбідність значно підвищує ступінь деструктивного впливу травматичних спогадів на функціонування особистості. Експериментальні умови повинні бути етично обґрунтованими, передбачати можливість екстреної психологічної підтримки у разі повторної актуалізації травми, а всі процедури мають відповідати міжнародним стандартам захисту респондентів. Важливо, щоб у процесі дослідження активно враховувались суб'єктивні характеристики: змістова значущість травматичного досвіду, механізми подолання, рівень толерантності до фрустрації та наявність соціальної підтримки.

Профілактична програма, спрямована на мінімізацію ризиків хроніфікації травматичних спогадів та формування ПТСР у військових, базується на поєднанні когнітивно-поведінкових, нейропсихологічних, психоедукаційних та тілесно-орієнтованих підходах. Центральним завданням програми є поступова інтеграція фрагментованих сенсорно-емоційних вражень у контекстуалізовану, контрольовану й осмислену систему автобіографічних знань. Позитивного результату можна досягти шляхом застосування структурованих інтервенцій, зокрема методів EMDR (десенсибілізація і репроцесінг за допомогою рухів очей), наративної експозиції, переписування травматичного досвіду (written exposure therapy), тренінгів когнітивної реструктуризації, а також методів тілесного заземлення, які допомагають стабілізувати фізіологічну реактивність при актуалізації спогадів.

Перспективи подальших досліджень. Проведене теоретико-методологічне обґрунтування, а також розробка та попереднє планування емпіричної перевірки методики дослідження травматичних спогадів у військовослужбовців засвідчують наукову та практичну доцільність подальшої роботи. Розроблена методика «Скринінг травматичних спогадів» дозволяє комплексно охопити ключові аспекти функціонування травматичних спогадів, зокрема: їх змістовне наповнення, частотність актуалізації, часові особливості, емоційне забарвлення, ступінь інтегрованості в особистісну систему та зв'язок із адаптаційними можливостями особистості. Актуальність дослідження обумовлена високою поширеністю посттравматичних розладів серед учасників бойових дій, необхідністю раннього виявлення порушень у сфері пам'яті та впровадженням ефективних психологічних інструментів для скринінгу, оцінки динаміки стану та планування індивідуалізованого втручання.

Список використаних джерел:

1. Борисова О. Інтрузії у формі флешбеків як ядерний маркер посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. Вип. 18. 2023. С. 10–20.
2. Борисова О. Психоедукація в психореабілітаційному процесі учасників/учасниць бойових дій російсько-української війни: психоедукаційна модель «Архів пам'яті». *Наукові записки. Серія: Психологія 2*. 2024. С. 9–16.
3. Борисова О. Фактори відмінності курсу психореабілітації учасників/учасниць бойових дій від загального курсу психотерапії. *Наукові перспективи. Серія «Психологія»*. № 11(53). 2024. С. 1257–1273.

**XII Всеукраїнська науково-практична конференція «Розвиток основних напрямів соціогуманітарних наук: проблеми та перспективи»
(м. Кам'янське, 15 – 16 травня 2025 р.)**

4. Блінов О. Організаційні ресурси психологічної реабілітації військовослужбовців. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. №. 1 (25). 2022. С. 16–22.
5. Коқун О. Психологія стресостійкості особистості в умовах воєнних дій. *Психологічний журнал*, 1(3). 2016. С. 7–19.
6. Коқун О. Адаптація та психологічне відновлення учасників бойових дій. Київ: Інститут психології ім. Г. С. Костюка. 2018. 284с.
7. Одякова А., Васильченко О. Реконструкція травматичних спогадів військовослужбовців. *Психологічна допомога особистості у воєнний період: матеріали VIII Всеукр. психологічних читань «Удосконалення професійної майстерності майбутніх психологів»*, (27 березня). МОН України, Уманський держ. пед. ун-т імені Павла Тичини, Ф-т соц. та психологічної освіти. Умань. 2025. С. 16–20.
8. Bartlett F.. *Remembering: A Study in Experimental and Social Psychology*. Cambridge: Cambridge University Press. 1932. 317p.
9. Berntsen D., Rubin D. (2006). The centrality of event scale: A measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 44(2). Pp. 219–231.
10. Brewin C., Dalgleish T., Joseph S. A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103(4), 1996. Pp. 670–686.
11. Conway M., Pleydell-Pearce C. The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107(2), 2000. Pp. 261–288.
12. Conway M., Rubin D. The structure of autobiographical memory. *In Theories of memory*. Psychology Press. 2019. Pp. 103–137.
13. Folkman S., Lazarus R., Gruen R., & DeLongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 50(3), 1986. 571p.
14. Jelinek L., Randjbar S., Seifert D., Kellner M., & Moritz S. The Overgeneral Memory phenomenon in Posttraumatic Stress Disorder. *Depression and Anxiety*, 27(6), 2010. 560–564.
15. LeDoux J. *The Emotional Brain*. New York: Simon & Schuster. 1996. Pp. 155–184.
16. Morgan III, C., Hazlett G., Doran A., Garrett S., Hoyt G., Thomas P., ... & Southwick S. Accuracy of eyewitness memory for persons encountered during exposure to highly intense stress. *International Journal of Law and Psychiatry*, 27(3), 2004. Pp. 265–279.
17. Rubin D., Berntsen D., Bohni M. A memory-based model of PTSD: Evaluating basic assumptions underlying the PTSD diagnosis. *Psychological Review*, 115(4), 2008. Pp. 985–1011.
18. Schacter D. *The Seven Sins of Memory: How the Mind Forgets and Remembers*. New York: Houghton Mifflin. 2001. 272p.
19. Shapiro F. *eye movement desensitization and reprocessing (emdr) therapy: basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Press, 2001. 416p.
20. van der Kolk B. The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1(5), 1994. Pp. 253–265.
21. Zimbardo P., Sword R., Sword R. *The time cure: Overcoming PTSD with the new psychology of time perspective therapy*. John Wiley & Sons. 2012. 309p.