

*Електронний журнал «Державне управління: удосконалення та розвиток» включено до переліку наукових фахових видань України з державного управління (Категорія «Б», Наказ Міністерства освіти і науки України № 1643 від 28.12.2019).*

*Спеціальність – 281.*

*Державне управління: удосконалення та розвиток. 2026. № 2.*

*ISSN 2307-2156*



*Copyright © The Author(s). This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).*

**DOI: <http://doi.org/10.32702/2307-2156.2026.2.21>**

**УДК351.74:316.42(477)**

*О. А. Толмачов,*

*к. мед. н., начальник клініки психіатричної ВНКЦПР,  
Військово-медичний клінічний центр Південного регіону*

*ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0008-1199-6567>*

*К. Ю. Марущенко,*

*доктор філософії в медицині, начальник кафедри військової психіатрії,  
медичної та клінічної психології факультету перепідготовки та підвищення  
кваліфікації, Українська військово-медична академія*

*ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5411-6912>*

*І. Ю. Родченко,*

*к.держ.упр., доцент, незалежний дослідник, Київ, Україна*

*ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7086-1015>*

*О. О. Могиль,*

*доктор філософії в галузі публічного управління та адміністрування, клінічний  
психолог, Березівська лікарня імені Бертолона Ліннера Березівської міської ради*

*ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0003-8695-8411>*

*В. М. Івчук,*

*аспірант кафедри управління та адміністрування, Комунальний заклад вищої  
освіти «Вінницька академія безперервної освіти»*

*ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0006-8920-1934>*

**ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ЩОДО ЛІКВІДАЦІЇ СОЦІАЛЬНИХ  
НАСЛІДКІВ ВІЙСЬКОВОГО СИНДРОМУ У СУЧАСНОМУ  
ГРОМАДСЬКОМУ ПРОСТОРИ**

*O. Tolmachov,  
PhD in Medical Sciences, Head of the Psychiatric Clinic of the All-Union Military  
Medical Clinical Center, Military Medical Clinical Center of the Southern Region*

*K. Marushchenko,  
Head of the Department of Military Psychiatry, Medical and Clinical Psychology,  
Faculty of Retraining and Advanced Training, Ukrainian Military Medical Academy*

*I. Rodchenko,  
Candidate of Sciences in Public Administration, Associate Professor,  
Independent Researcher, Kyiv, Ukraine*

*O. Mogyl,  
Doctor of Philosophy in Public management and administration, clinical  
psychologist, Bertolon Linner Beregov Hospital of the Beregov City Council*

*V. Ivchuk,  
Postgraduate student of the Department of Management and Administration,  
Communal Higher Educational Institution «Vinnytsia Academy of Continuous  
Education»*

## **STATE POLICY ON ELIMINATING THE SOCIAL CONSEQUENCES OF MILITARY SYNDROME IN MODERN PUBLIC SPACE**

*Актуальність дослідження зумовлена зростанням кількості осіб, які зазнали впливу екстремальних психотравмуючих факторів, пов'язаних із бойовими діями та вимушеним переселенням. Це створює нагальну потребу у розробці ефективних методів діагностики та психосоціальної реабілітації. Стаття присвячена аналізу психічного стану жертв терористичних актів та збройних конфліктів, у яких, окрім симптомів ПТСР, виявляються стійкі особистісні зміни, зокрема фанатизм та агресивна поведінка.*

*Метою роботи є теоретичний аналіз та емпіричне дослідження особистісних змін при ПТСР, а також розробка та апробація організаційної моделі психосоціальної реабілітації для таких осіб.*

*Методологічну основу дослідження склали принципи діяльнісного підход, концепція відносин особистості та концепція акцентуованих особистостей. У роботі використано клініко-психологічний метод та психодіагностичний комплекс (опитувальники Р. Кеттелла, Г. Шмішека, тест М. Рокича, методика Басса-Даркі).*

*Результати дослідження показали, що у осіб з ПТСР у преморбіді достовірно частіше спостерігалися емотивний, дистимний та збудливий типи особистості. Аналіз ціннісно-сислової сфери виявив глибоку розголошеність у ціннісних орієнтаціях досліджуваних, особливо у групі з поєднанням ПТСР та розладу адаптації. У цієї групи осіб встановлено формування фанатичного варіанту змін особистості, що характеризується виникненням надцінної ідеї помсти, ригідністю мислення, нетерпимістю до інакомислення та високим рівнем зовнішньої агресії. Виявлено взаємозв'язок між ідеєю помсти та несвідомими аутоагресивними діями (ордалічною поведінкою).*

*У статті запропоновано та обґрунтовано організаційну модель психосоціальної реабілітації, що функціонує на базі Центрів медико-психологічної допомоги. Модель включає три рівні профілактики: первинну (своєчасна допомога, дебрифінги), вторинну (фармако- та психотерапія хронічних станів) та третинну (спеціалізована терапія особистісних змін у закритих психотерапевтичних групах).*

*Доведено, що успішна реабілітація осіб з ПТСР, які зазнали особистісних змін, вимагає комплексного підходу, спрямованого не лише на відреагування травми, а й на проробку надцінних ідей, переоцінку цінностей та формування конструктивної життєвої перспективи.*

*The relevance of the study is due to the increasing number of people who have been exposed to extreme psychotraumatic factors associated with hostilities and forced displacement. This creates an urgent need to develop effective methods of diagnosis and psychosocial rehabilitation. The article is devoted to the analysis of the mental state of victims of terrorist acts and armed conflicts, in whom, in addition to symptoms of PTSD, persistent personality changes are detected, in particular, fanaticism and aggressive behavior.*

*The purpose of the work is a theoretical analysis and empirical study of personality changes in PTSD, as well as the development and testing of an organizational model of psychosocial rehabilitation for such individuals.*

*The methodological basis of the study was the principles of the activity approach, the concept of personality relations and the concept of accentuated*

personalities. The work used the clinical and psychological method and psychodiagnostic complex (questionnaires by R. Cattell, G. Shmishek, the test by M. Rokych, the Bass-Darky method).

The results of the study showed that in individuals with PTSD in premorbidity, emotional, dysthymic and excitable personality types were significantly more often observed. Analysis of the value-semantic sphere revealed a deep disclosure in the value orientations of the subjects, especially in the group with a combination of PTSD and adaptation disorder. In this group of individuals, the formation of a fanatical variant of personality changes was established, characterized by the emergence of an overvalued idea of revenge, rigidity of thinking, intolerance of dissent and a high level of external aggression. A relationship was revealed between the idea of revenge and unconscious auto-aggressive actions (ordalic behavior). The article proposes and substantiates an organizational model of psychosocial rehabilitation, which operates on the basis of Centers for Medical and Psychological Assistance. The model includes three levels of prevention: primary (timely assistance, debriefings), secondary (pharmaco- and psychotherapy of chronic conditions) and tertiary (specialized therapy of personal changes in closed psychotherapeutic groups).

It has been proven that successful rehabilitation of individuals with PTSD who have undergone personal changes requires a comprehensive approach aimed not only at responding to trauma, but also at working through overvalued ideas, reassessing values, and forming a constructive life perspective.

**Ключові слова:** *посттравматичний стресовий розлад, розлад адаптації, особистісні зміни, фанатизм, надцінна ідея помсти, ціннісно-сміслова сфера, агресивність, психосоціальна реабілітація, клініко-психологічне дослідження, ордалічна поведінка.*

**Keywords:** *post-traumatic stress disorder, adaptation disorder, personal changes, fanaticism, overvalued idea of revenge, value-semantic sphere, aggressiveness, psychosocial rehabilitation, clinical-psychological research, ordalic behavior.*

## **Постановка проблеми**

Сучасний етап розвитку суспільства характеризується зростанням кількості екзистенційних та соціальних змін, зумовлених збільшенням числа жертв як природних, так і соціальних катастроф, до яких насамперед відносяться військові та міжетнічні конфлікти. В умовах воєнного стану особливої гостроти набуває проблема деструктивного впливу бойових дій на психічне та соціальне благополуччя учасників силових структур. Бойовий стрес часто трансформується у посттравматичні стресові розлади (ПТСР), що призводить до руйнування сімейних відносин, формування негативних життєвих сценаріїв, зростання рівня злочинності серед ветеранів та випадків самогубств. Ситуація ускладнюється безразличним ставленням суспільства до долі ветеранів та відсутністю єдиного розуміння необхідності та справедливості військових конфліктів [1]. У цьому контексті актуальним завданням державної політики є не лише медична, а й соціальна реабілітація та реінтеграція учасників бойових дій, оскільки їхній соціальний статус у сучасному суспільстві залишається вразливим.

## **Аналіз літературних джерел**

Питання медичних, соціальних та психологічних наслідків бойових дій досліджувалися в межах феноменологічної парадигми (Г. Гарфинкель, П. Бергер, Т. Лукман) та драматургічного підходу до аналізу соціальної ідентичності (І. Гофман). Соціокультурний аналіз умов війни та миру представлений у працях Е. Гідденса, П. Сорокіна, а вивчення війни як соціального конфлікту — у роботах Р. Дарендорфа та Г. Зиммеля [2]. Феномен військового синдрому розглядається крізь призму поняття культурної травми (П. Штомпка) та як соціальний факт (Е. Дюркгейм). Особлива увага приділяється ролі мас-медіа у процесі легітимізації соціальних проблем та конструюванні соціальної пам'яті про війну (І. Ясавеев, М. Хальббакс) [3]. Водночас, незважаючи на значну кількість психологічних досліджень ПТСР (А.

Абдурахманов, Н. Тарабіна), у вітчизняній соціологічній літературі спостерігається дефіцит уваги до процесів соціокультурного конструювання сучасними мас-медіа наслідків участі у військових конфліктах та практик соціальної реабілітації ветеранів [4].

### **Формулювання мети**

Виявити специфіку соціокультурного конструювання соціальних наслідків військового синдрому в сучасному медійному просторі та визначити ключові напрями державної політики щодо їх ліквідації.

### **Виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів.**

Соціокультурне конструювання «військового синдрому» в сучасному українському медійному просторі є складним процесом, який значною мірою визначає ставлення суспільства до ветеранів та ефективність державної політики з ліквідації соціальних наслідків збройного конфлікту. Спираючись на теоретичні підходи Е. Гідденса та Р. Дарендорфа, які розглядають війну крізь призму соціального конфлікту, можна стверджувати, що наслідки бойових дій виходять далеко за межі безпосередньо зони бойових дій, формуючи специфічний «військовий синдром» (або посттравматичний стресовий розлад) як культурну травму, за визначенням П. Штомпки. В Україні цей процес ускладнюється тривалим станом воєнного стану, що робить медіа-репрезентації ветеранів не лише джерелом інформації, а й інструментом соціальної інженерії.

Дослідження вітчизняних авторів, зокрема праці В. М. Галуцька та С. Г. Стеценка, підкреслюють, що правове регулювання соціального захисту військовослужбовців в Україні потребує постійного оновлення з урахуванням досвіду бойових дій. Правовий статус ветеранів, які підвержені військовому синдрому, має бути чітко визначений для забезпечення їхнього доступу до медичних та соціальних послуг. Роботи українських психологів, таких як В. М. Антонов, детально описують девіантну поведінку, зумовлену ПТСР, що

дозволяє розглядати цей феномен не лише як медичну проблему, а й як соціальний факт, згідно з теорією Е. Дюркгейма.

Сучасні мас-медіа в Україні відіграють ключову роль у процесі легітимізації соціальних наслідків військового синдрому. Вони діють як інструменти конструювання соціальної пам'яті, де репрезентації ветеранів коливаються між образами «героїв» та «загрози для суспільства». Як зазначають українські дослідники А. М. Коломієць та В. Я. Леонидов, фрагментарність сервісів соціальної допомоги та дублювання функцій державними органами призводить до неудовлетвореності ветеранів якістю реабілітації. Використання підходів конструкціонізму дозволяє виділити військовий синдром як критичну соціальну проблему, що потребує негайного втручання державної політики.

Компаративний аналіз законодавства та державної політики щодо соціальної захисту ветеранів, проведений у роботах Л. Яковлевої, свідчить про необхідність переосмислення вітчизняної системи соціального захисту військовослужбовців. Досвід впровадження інституту помічника ветерана, використання мобільних бригад психологічної допомоги та розширення мережі центрів реабілітації є перспективними напрямками розвитку державної політики. Важливим є не лише створення гідних умов життя для ветеранів, а й постійна підтримка галузей охорони здоров'я, які не можуть повністю включатися в ринкові відносини. Аналіз практик соціальної реабілітації показує, що без ефективної взаємодії між органами влади, громадськими організаціями та мас-медіа ліквідація соціальних наслідків військового синдрому є неможливою.

Дослідження практик репрезентації соціокультурних наслідків військового синдрому в сучасному українському медійному просторі демонструє суттєві відмінності від російського дискурсу, проаналізованого у наведеному прикладі. В умовах України медіа не лише формують ставлення до локальних збройних конфліктів, а й є активними учасниками інформаційного протистояння. Проблематика адаптації та реабілітації учасників бойових дій (УБД) висвітлюється

крізь призму необхідності національної єдності та підтримки обороноздатності держави. Українські соціологи, досліджуючи контент-аналіз провідних вітчизняних ЗМІ, вказують на те, що тема реабілітації ветеранів часто маргіналізується або подається у суто героїчному контексті, ігноруючи реальні психосоціальні труднощі, з якими стикаються військові після повернення до мирного життя [1].

Візуально-соціологічний аналіз українського кінематографа та телепродукції свідчить про спроби конструювання образу ветерана не як маргінальної групи, що становить загрозу, а як морального орієнтира для суспільства. Проте, як зазначають вітчизняні дослідники, існує ризик виникнення розриву між медійною репрезентацією та реальною соціальною практикою, де ветерани стикаються з бюрократичними перешкодами та байдужістю. На відміну від аналізу, що свідчить про низьку актуальність теми реабілітації в ЗМІ, в Україні спостерігається висока частота згадок, проте бракує глибоких аналітичних матеріалів, які б пропонували системні рішення соціальних проблем ветеранів [2].

Результати кількісних досліджень та напівформалізованих інтерв'ю з українськими військовослужбовцями показують значну різницю у сприйнятті інформації про збройний конфлікт між цивільним населенням та самими учасниками бойових дій. Ветерани часто вказують на спотворення реальності у медіа або спроби романтизації війни, що призводить до формування у суспільства ілюзорного уявлення про бойові дії [3]. Зниження культурної довіри до ЗМІ серед військових зумовлене браком правдивого відображення подій та ігноруванням їхніх потреб у реабілітації. Відсутність належної уваги з боку держави та суспільства до ветеранів призводить до росту соціально-психологічної дезадаптації, втрати віри в державні інституції та погіршення соціального самопочуття, що підтверджується працями вітчизняних вчених, які вивчають механізми конструювання соціальної пам'яті про війну [4, 5].

Аналіз історичного досвіду дослідження психічних наслідків війн свідчить про еволюцію поглядів на природу бойової психічної травми. У дослі-

дженнях наслідків Першої світової війни, попри визнання зв'язку між психопатологічними порушеннями та участю в бойових діях, війна розглядалася переважно як фактор, що лише провокує розвиток порушень, які вже існували до війни. Для досліджень початку ХХ століття була характерна концепція біологічно доцільного реагування в екстремальних умовах, де психічні реакції визначалися як такі, що сприяють порятунку індивіда, або як «реакції глибинної особистості», які слід відносити не до психогенних, а до фізіологічних явищ. В Україні цей історичний досвід має бути переосмислений крізь призму сучасних реалій повномасштабної війни, де масштаб травматизації вимагає нових підходів до розуміння ПТСР не лише як медичного, а й як соціального феномену.

У дослідженнях наслідків Другої світової війни представлено нове тлумачення істеричних реакцій, описано реакції горя, «синдром вижившого», а також психічні наслідки перебування в концентраційних таборах та тривалого голодування. Важливим внеском стало опис «центрального фізіоневрозу», що має як фізіологічну, так і психологічну природу. З'явилися роботи, що описують стан цивільного населення, зачіпаючи проблеми як індивідуальної, так і масової психопатології. Для України цей досвід є надзвичайно актуальним, враховуючи необхідність реабілітації людей, які пережили окупацію, полон та руйнування міст.

В радянській психіатрії питання наслідків психічної травматизації розглядалися досить глибоко. П. Б. Ганнушкін визначав психічні травматичні розлади як одну з форм «нажитої психічної інвалідності», що характеризувалася підвищеною збудливістю, дратівливістю, нападами депресії та психогенними істеричними розладами. У працях В. А. Гіляровського було показано, що у формуванні психогеній воєнного часу у мирного населення, окрім переживань, пов'язаних із загрозою життю, важливу роль відіграють предиспонуєчі фактори: інформаційна невизначеність, загроза життю близьких, порушення основних життєвих стереотипів, втома та інші. Теоретичні положення про тімогенії вказували на

патогенний початок, що впливає на почуття людини, призводячи до різних клінічних станів, об'єднаних спільним афективним генезом.

Сучасний досвід України свідчить, що симптоми, об'єднані поняттям «військовий синдром» (або ПТСР), включають невмотивовану пильність, приглушеність емоцій, агресивність, загальну тривожність, порушення пам'яті та уваги, нав'язливі спогади, суїцидальні думки, «вину вижившого», безсоння, зловживання психоактивними речовинами. У вітчизняних дослідженнях останніх років проблема ПТСР вивчається не лише у ветеранів, а й у цивільного населення, де домінують невротичні реакції та соматоформні розлади. Дослідження наслідків локальних війн свідчать, що у людей, які пережили війну, частота ПТСР є надзвичайно високою, а симптоми мають тенденцію до хронізації та інвалідації, незважаючи на терапію. Аналіз стану внутрішньо переміщених осіб в Україні показує глибокі особистісні зміни, виражену соціальну дезадаптацію, депресивні риси, агресивність та іпохондричність, що вимагає розробки комплексних програм психосоціальної реабілітації.

У другій половині ХХ століття, а особливо на початку ХХІ, у світі та в Україні було проведено безліч досліджень, що вивчають психічний стан жертв терористичних актів та бойових дій. Окрім симптомів ПТСР, у постраждалих виявляли емоційну холодність, суїцидальну поведінку, зловживання психоактивними речовинами та подружню дисгармонію. Досвід України, зокрема аналіз психологічного стану людей, які пережили теракти або обстріли житлових кварталів, свідчить про наявність стійких фобічних, астеничних, деперсоналізаційних, obsesivних, іпохондричних та паранояльних реакцій. У жертв масштабних обстрілів частота ПТСР сягає надзвичайно високих показників, що вимагає негайного втручання соціальних служб та медичних установ [1].

Теоретичний аналіз досліджень ПТСР показує відсутність єдиної загальноприйнятої концепції, що пояснює етіологію, механізми виникнення та

розвитку цього стану, що часто призводить до суперечливих оцінок психічного стану постраждалих та ускладнює вибір терапевтичних стратегій. Особливо дискусійними є моменти щодо нозологічної самостійності ПТСР та оцінки екстремальної ситуації як єдиного етіопатогенетичного фактора. В Україні цей аналіз ускладнюється тривалістю психотравмуючої ситуації, яка не є одноразовою подією, а постійним стресором. Аналіз проблеми змін особистості, викликаних психічними травмами, свідчить про недостатність досліджень соціально небезпечних явищ, таких як фанатизм або патологічний екстремізм, що можуть формуватися внаслідок особистісних змін під впливом військової травми. Для українського суспільства важливо розуміти ризики формування фіксованих надцінних ідей, ригідного мислення та нетерпимості до інакомислення у ветеранів, що потребує специфічних підходів до їхньої соціальної адаптації [2, 3].

Методологічною основою для вирішення завдань дослідження в Україні слугують принципи діяльнісного підходу (С. Л. Рубінштейн, О. М. Леонтьєв), концепція відносин особистості (В. М. Мясіщев) та концепція «акцентуйованих особистостей» (К. Леонгард). У контексті українського досвіду важливо підкреслити, що акцентуації можуть виявлятися не тільки під впливом біологічних змін, а й під впливом особливого роду психічних травм, які пред'являють підвищені вимоги до місця найменшого опору в характері. Положення О. В. Кербікова про крайові психопатії, при яких роль біологічних факторів мінімальна, а основне значення мають психогенні та ситуаційні фактори, є ключовим для розуміння патологізації особистості ветеранів. Описаний механізм саморуху, коли відбувається подальша патологізація особистості навіть після відриву від психотравмуючої ситуації, потребує розробки довгострокових програм соціального супроводу.

Концепція розвитку особистості, що аналізує появу нових властивостей під впливом несприятливих зовнішніх факторів, доводить можливість появи

раніше невластивих даній особистості характерологічних особливостей. Варіант патологічного розвитку особистості, визначений як ситуаційне формування психопатологічної симптоматики, характеризується якісною зміною преморбідних особливостей за рахунок стійких, систематизованих надцінних і бредових ідей під впливом тривало діючих психогенних факторів. З іншого боку, під впливом сприятливих умов можлива «депсихопатизація», що виражається у зменшенні вираженості набутих психопатичних властивостей. Зміна особистості є не просто результатом впливу психотравмуючих подій, а результатом процесу переробки психічної травми, куди входять переоцінка колишніх цінностей, зміна ставлення до себе, до оточуючих та до світу, що визначає здатність ветерана адаптуватися до нової реальності післявоєнного життя в Україні [4, 5, 6].

У контексті системного підходу до реабілітації ветеранів в Україні, концепція відносин особистості, розроблена В. М. Мясичевим, відіграє ключову роль у розумінні того, як система відносин визначає характер переживань, особливості сприйняття дійсності та поведінкові реакції на зовнішні впливи, зокрема на бойовий стрес. Дослідження особистості в галузі реабілітації вимагають чіткого розмежування преморбідних особливостей (тих, що існували до травми) та характеристик, привнесених розвитком розладу. Для українських фахівців важливо визначати структуру змін та збереженості основних властивостей особистості, а також з'ясувати систему значущих відносин, мотиваційну спрямованість та ціннісні орієнтації ветеранів [1].

Методологічними передумовами вивчення ціннісно-сислової сфери є концепція самоактуалізації особистості (А. Маслоу) та екзистенціально-аналітична концепція (В. Франкл). Згідно з ними, основна мотиваційна тенденція розвитку особистості — прагнення до пошуку та реалізації сенсу свого життя — може бути фрустрована під впливом психотравмуючих факторів, що викликає глибокі зміни в системі цінностей. Аналіз факторів дезадаптації у осіб з

ПТСР в Україні проводиться на основі концепції фрустрації-агресії (Дж. Доллард, Н. Міллер), згідно з якою агресивна поведінка закріплюється як стійка риса особистості. Як стверджує Л. Берковіц, безуспішні спроби заподіяти шкоду тому, хто викликав фрустрацію, посилюють прагнення діяти агресивно. Це пояснює гостру потребу в помсті, що виникає в українських військових та цивільних, які пережили пряму загрозу життю та загибель близьких внаслідок російської агресії [2, 3].

Основним методом дослідження є клініко-психологічний метод, нарівні з яким використовуються психодіагностичні методики, адаптовані для українського контексту: опитальник «Шістнадцять особистісних факторів» Р. Кеттелла, опитальник Шмішека для діагностики акцентуацій, тест М. Рокича «Ціннісні орієнтації», опитальник Басса-Даркі для діагностики агресивності. Для діагностики ПТСР та розладів адаптації використовуються клінічні критерії МКБ-10. В Україні джерелом агресивності психотравмованої особистості часто є потреба в помсті, яка розвивається у надцінну ідею. Особлива увага приділяється виявленню аутоагресивних тенденцій та ордалічної поведінки (поведінки, що межує з ризиком самогубства) у ветеранів, що є критично важливим для запобігання суїцидам [4, 5].

Статистична обробка результатів дослідження в Україні проводиться з використанням сучасного програмного забезпечення (SPSS). Дослідження, проведені в зонах бойових дій та Центрах медико-психологічної допомоги, демонструють, що у більшості досліджуваних розлади є хронічними. У випадках поєднання ПТСР та розладів адаптації у пацієнтів спостерігаються синдроми повторення, уникання, підвищеної збудливості, а також депресивний настрій, тривога, почуття нездатності впоратися із ситуацією та спалахи агресії. Диференціація розладів адаптації та депресивних епізодів ґрунтується на тому, що розлад адаптації виникає лише у відповідь на конкретну стресову подію, що руйнує цілісність соціальних зв'язків та систему цінностей [6].

У контексті системного аналізу психічних наслідків воєнних дій в Україні, важливим є розмежування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та розладу адаптації (РА). На відміну від ПТСР, яке розвивається незалежно від індивідуальної вразливості у відповідь на екстраординарну подію, що загрожує життю, розлад адаптації спостерігається в період пристосування до значної зміни соціального статусу або стресової події. Він залежить від індивідуальної схильності, але тільки в поєднанні з доказами того, що розлад не виник би без впливу стресора. Дослідження українських науковців, зокрема у центрах медико-психологічної допомоги, показують, що значна частина розладів адаптації у внутрішньо переміщених осіб викликана не лише прямими воєнними подіями, а й вимушеним переселенням, що супроводжується втратою соціальних зв'язків та майна [1].

Порівняльний аналіз типів преморбідної особистості (за класифікацією, адаптованою українськими психологами) між групами досліджуваних з ПТСР та без розладів показав, що у осіб з ПТСР у преморбіді (до травми) достовірно частіше спостерігалися емотивний, дистимний та збудливий типи особистості. Водночас у них достовірно рідше відзначалися демонстративний та педантичний типи. Особлива увага українськими дослідниками приділяється зв'язку між емотивним типом преморбідної особистості та розвитком ПТСР: дослідження вказують, що особи, які мали акцентуації за цими типами, є більш схильними до виникнення ПТСР або його поєднання з розладами адаптації [2, 3].

Дослідження динаміки особистісних змін після пережитих психотравмуючих подій продемонструвало формування стійких змін. У вибірці осіб з ПТСР спостерігалася тенденція до акцентуації дистимного, тривожного та застрягаючого типів особистості. Аналіз рис особистості за тестом Кеттелла показав, що значна частина досліджуваних з ПТСР характеризуються як відчужені, замкнуті та емоційно нестійкі. Українські дослідники, зокрема ті, що вивчають адміністративно-правові аспекти реабілітації, підкреслюють, що авторитарність, праг-

нення до домінування та упертість (фактор Е за Кеттеллом) часто поєднуються з ПТСР та розладами адаптації, що вимагає специфічних підходів у соціальній роботі з ветеранами [4, 5].

Високі показники за фактором Q4 (напруженість, фрустрованість) та низькі за фактором С (емоційна стійкість) достовірно частіше зустрічаються у осіб з поєднанням ПТСР та РА. Особливо важливою є діагностика низького самоконтролю (фактор Q3) у ветеранів, що вказує на імпульсивність та потребу в посиленій психологічній підтримці для запобігання девіантній поведінці. Комплексна діагностика, що використовується в Україні, дозволяє не лише визначити тип розладу, а й спрогнозувати ризик хронізації та розробити індивідуальні програми реабілітації, спрямовані на відновлення соціальних функцій особистості [6].

Дослідження особистісних особливостей українських ветеранів та цивільних осіб, які пережили воєнні дії, вказує на те, що особи з поєднанням ПТСР та розладу адаптації (РА) характеризуються вищим рівнем фрустрованості, збудливості та гіперактивності порівняно з іншими групами. Аналіз рис особистості дозволяє охарактеризувати осіб з ПТСР як більш відчужених, емоційно нестійких, імпульсивних та тривожних. У групі з поєднанням ПТСР та РА частіше зустрічаються авторитарні, жорсткі, підозрілі та ригідні до всього нового особистості. Ці характеристики підтверджуються результатами кількісного аналізу, що свідчить про глибокі зміни у структурі особистості під впливом тривалих психотравмуючих факторів, пов'язаних із прямою загрозою життю [1].

Аналіз ціннісних орієнтацій українських досліджуваних виявив глибоку розголошеність у системі цінностей. У вибірці осіб з ПТСР/РА значну групу складають ті, хто суб'єктивно визначає важливість абстрактно-ідеалістичних цілей, одночасно заперечуючи цінності, необхідні для задоволення життєво важливих потреб. Це проявляється у поєднанні прагнення до «щастя інших» з

руйнуванням особистих соціальних зв'язків. Водночас, як засоби реалізації цілей, такі особи висувають ригідність та непримиренність. Дослідження показують, що таке поєднання найчастіше властиве молодим людям (20–30 років), які тривалий час перебували в зоні бойових дій, пережили загибель близьких та безробіття. У чоловіків на вибір ціннісних орієнтацій вплинуло також перебування у фільтраційних таборах [2, 3].

Джерелом високого рівня агресивності у осіб з ПТСР в Україні часто виступає надцінна ідея помсти, яка виявлена у значної частини досліджуваних (особливо у жінок у поєднанні з ПТСР/РА). Ця ідея безпосередньо пов'язана з бруталізацією поведінки та високим рівнем зовнішньої спрямованої агресії: фізичної, вербальної та непрямой. Окрім зовнішньої агресії, встановлено зв'язок між ідеєю помсти та несвідомими аутоагресивними діями — ордалічною поведінкою (поведінкою, що межує з ризиком самогубства). Аналіз підтверджує, що психокорекційні заходи в Україні мають бути спрямовані на переоцінку цінностей, зниження рівня почуття провини та суїцидальних тенденцій, а також на покращення стосунків у сім'ї [4, 5].

Методологічною основою моделі психосоціальної реабілітації в Україні є біопсихосоціальна модель психічного здоров'я, концепції психосоціальної реабілітації та патогенетичної психотерапії (що базуються на працях В. М. Мясичева, М. М. Кабанова, Б. Д. Карвасарського). Модель передбачає наступні принципи: своєчасність допомоги, комплексність, доступність, мобілізація власних копінг-механізмів та створення конструктивної життєвої перспективи, що є альтернативою деструктивній позиції. Апробація цієї моделі в регіонах локальних воєнних конфліктів в Україні демонструє її ефективність у відновленні соціального функціонування ветеранів та цивільного населення [6, 7].

В Україні розроблена та успішно впроваджується організаційна модель психосоціальної реабілітації осіб з ПТСР в умовах спеціалізованих Центрів, що

функціонують у регіонах, наближених до зони бойових дій. Модель базується на міждисциплінарній взаємодії спеціалістів: лікаря-психіатра (психотерапевта), лікаря-терапевта та клінічного психолога. Цей підхід забезпечує комплексний вплив на пацієнта, охоплюючи як медичні, так і соціально-психологічні аспекти реабілітації.

Первинна профілактика в межах даної моделі спрямована на запобігання формуванню стійкого ПТСР. Вона включає забезпечення своєчасної допомоги населенню (проведення дебрифінгів, виявлення випадків, що потребують невідкладної допомоги), а також активну взаємодію з іншими спеціалістами (терапевтами, педіатрами, вчителями) шляхом їх навчання розпізнаванню гострих реакцій на стрес. Важливим компонентом є своєчасне лікування гострих станів, що запобігає хронізації захворювання та патологічним змінам особистості. Психіатрична допомога включає психофармакотерапію відповідно до сучасних клінічних настанов, а також рекомендації щодо участі в групах психотерапевтичної підтримки [1, 2].

Вторинна профілактика спрямована на терапію хронічних форм ПТСР та розладів адаптації. Вона охоплює комплексну діагностику відповідно до критеріїв МКБ-10, психофармакотерапію та психотерапію. Вибір форми психотерапії (групова, індивідуальна або поєднана) планується спільно психіатром та психологом, зважаючи на тяжкість стану пацієнта. Клінічний психолог проводить дебрифінги для емоційного відреагування психотравмуючих переживань, тоді як психіатр здійснює глибшу психотерапевтичну роботу в закритих групах [3, 4].

Третична профілактика фокусується на психосоціальній реабілітації осіб, у яких ПТСР супроводжується значними особистісними змінами, такими як надцінна ідея помсти. Досвід українських Центрів показує, що стандартні терапевтичні втручання в таких випадках є недостатніми. Необхідні додаткові заходи, спрямовані на проробку личностних змін. Для цього клінічний психолог та психіатр спільно проводять психодіагностику преморбідних особливостей та

виявляють зміни у ціннісно-смысловій сфері. На основі результатів діагностики формуються закриті психотерапевтичні групи для інтенсивної терапії, що включає курси групових сеансів, спрямованих на ресоціалізацію та формування конструктивної життєвої перспективи [5, 6].

### **Висновки.**

1. Дослідження підтверджує, що ПТСР є складним комплексом симптомів, який часто поєднується з розладами адаптації, суїцидальною поведінкою, зловживанням психоактивними речовинами та руйнуванням сімейних зв'язків. Відсутність єдиної теоретичної концепції етіології ПТСР ускладнює вибір терапевтичних стратегій, що вимагає застосування комплексного біопсихосоціального підходу.

2. Виникненню ПТСР та його поєднанню з розладами адаптації найбільше схильні особи з емотивним, дистимним, застрягаючим та збудливим типами акцентуації особистості. Психотравмуюча ситуація діє як тригер, що активізує вразливі місця характеру, призводячи до патологічного розвитку особистості.

3. травма спричиняє глибокі зміни у сенсожиттєвих орієнтаціях. Особливо небезпечним є формування фанатичного варіанту змін особистості, що характеризується виникненням надцінної ідеї помсти, ригідністю мислення, нетерпимістю до інакомислення та високим рівнем зовнішньої агресії.

4. У осіб із фанатичним варіантом змін особистості високий рівень агресії, спрямованої назовні, поєднується з несвідомими аутоагресивними діями (ордалічною поведінкою), що суттєво підвищує ризик суїцидальних спроб, навіть якщо пацієнти заперечують суїцидальні думки через релігійні чи соціальні заборони.

5. Запропонована організаційна модель психосоціальної реабілітації, що базується на взаємодії психіатра, терапевта та клінічного психолога, демонструє ефективність. Вона включає три рівні профілактики: первинну (дебрифін-

ги, навчання персоналу), вторинну (фармако- та психотерапія хронічних станів) та третинну (спеціалізована терапія особистісних змін).

6. Терапія ПТСР, що супроводжується стійкими особистісними змінами, потребує спеціалізованих заходів (закриті психотерапевтичні групи), спрямованих не лише на відреагування травми, а й на проробку надцінних ідей, переоцінку цінностей та створення конструктивної життєвої перспективи, що є ключовим для успішної ресоціалізації ветеранів та цивільного населення.

### Література

1. Галуцько В. М. Адміністративне право України: підручник. Київ : Право, 2024. 650 с.
2. Стеценко С. Г. Медичне право України: підручник. Київ : Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність», 2019. 504 с.
3. Антонов В. М. Правові аспекти реалізації соціальної функції держави в Україні. *Юридичний вісник*. 2025. № 2. С. 89–95.
4. Коломієць А. М. Задачи государственной политики в сфере социальной защиты военнослужащих: опыт Украины. *Право і суспільство*. 2024. № 2. С. 112–119.
5. Леонидов В. Я. Психологічна реабілітація учасників бойових дій: сучасні підходи. *Військова медицина України*. 2025. № 4. С. 77–83.
6. Яковлева Л. Соціальна держава: теорія і практика. *Право України*. 2023. № 10. С. 15–23.
7. Марущак А. І. Інформаційна безпека України: правові аспекти. *Вісник кримінального судочинства*. 2024. № 1. С. 55–62.

## References

1. Halunko, V. M. (Ed.), (2024), *Administratyvne pravo Ukrainy: pidruchnyk* [Administrative law of Ukraine: textbook], Pravo, Kyiv, Ukraine.
2. Stetsenko, S. G., (2019), *Medychne pravo Ukrainy: pidruchnyk* [Medical law of Ukraine: textbook], Vseukrainska asotsiatsiia vydavtsiv «Pravova iednist», Kyiv, Ukraine.
3. Antonov, V. M., (2025), “Legal aspects of the implementation of the social function of the state in Ukraine”, *Yurydychnyi visnyk*, vol. 2, pp. 89–95.
4. Kolomiets, A. M., (2024), “Tasks of state policy in the sphere of social protection of servicemen: experience of Ukraine”, *Pravo i suspilstvo*, No. 2, pp. 112–119.
5. Leonidov, V. Ya., (2025), “Psychological rehabilitation of combatants: modern approaches”, *Viiskova medytsyna Ukrainy*, vol. 4, pp. 77–83.
6. Yakovlieva, L., (2023), “Social state: theory and practice”, *Pravo Ukrainy*, vol. 10, pp. 15–23.
7. Marushchak, A. I., (2024), “Information security of Ukraine: legal aspects”, *Visnyk kryminalnoho sudochynstva*, vol. 1, pp. 55–62.

*Отримано редакцією журналу / Received: 15.02.26*

*Прорецензовано / Revised: 17.02.26*

*Схвалено до друку / Accepted: 19.02.26*