

ПСИХОЕМОЦІЙНІ ІНДИКАТОРИ РИЗИКУ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЯК ОСНОВА МОДЕЛЮВАННЯ СИСТЕМИ РАНЬОГО ПСИХОЛОГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ

Толмачов Олексій Анатолійович

підполковник медичної служби, кандидат медичних наук,
начальник клініки психіатричної Військово-медичного клінічного центру Південного регіону;
викладач кафедри військової психіатрії та медичної психології
Української військово-медичної академії
ORCID ID: 0009-0008-1199-6567

Асєєва Юлія Олександрівна

доктор психологічних наук, професор,
академік Національної академії наук вищої освіти України;
завідувач кафедри мовної та психолого-педагогічної підготовки
Одеського національного економічного університету
ORCID ID: 0000-0003-3086-3993

У статті представлено результати комплексного дослідження психоемоційних індикаторів ризику дезадаптації військовослужбовців, які виконують бойові завдання в зоні застосування сил, та обґрунтовано можливість їх використання як основи для моделювання системи раннього психологічного втручання. Актуальність дослідження зумовлена зростанням психоемоційного навантаження в умовах пролонгованого бойового стресу та необхідністю переходу від реактивної до превентивної моделі психологічного супроводу.

Метою дослідження є виявлення структури та прогностичної значущості психоемоційних показників військовослужбовців і розроблення на цій основі структурно-функціональної моделі системи раннього психологічного втручання. У дослідженні взяли участь 41 військовослужбовець. Використано комплекс теоретичних, психодіагностичних і статистичних методів. Застосовано шкалу ситуативної тривожності Ч. Спілберґера (STAI), експрес-опитувальник дезадаптивності (О. Приходько), методіку первинного скринінгу ПТСР та інструмент оцінки стрес-факторів військової служби. Статистична обробка здійснювалася з використанням описової статистики, кореляційного, регресійного та медіаційного аналізу.

Результати засвідчили системний характер взаємозв'язків між показниками тривожності, посттравматичних симптомів і дезадаптивності. Множинний регресійний аналіз визначив посттравматичні симптоми як ключовий предиктор дезадаптації ($p < 0,001$). Медіаційний аналіз підтвердив повну опосередковану модель, відповідно до якої вплив інтенсивності стрес-факторів на дезадаптацію реалізується через формування посттравматичних симптомів.

На основі отриманих результатів запропоновано багаторівневу модель системи раннього психологічного втручання, спрямовану на своєчасну ідентифікацію та стабілізацію посттравматичних проявів на доклінічному етапі. Встановлено, що саме посттравматичне реагування виступає центральним механізмом трансформації бойового стресу у дезадаптаційний стан, що визначає пріоритетність превентивного психологічного моніторингу в системі збереження ментального здоров'я військовослужбовців.

Ключові слова: психоемоційний стан, військовослужбовці, дезадаптація, посттравматичний стресовий розлад, бойовий стрес, психоемоційний моніторинг, раннє психологічне втручання, ментальне здоров'я.

Tolmachov O., Asieieva Yu. PSYCHO-EMOTIONAL INDICATORS OF MALADAPTATION RISK IN MILITARY PERSONNEL AS A BASIS FOR MODELING AN EARLY PSYCHOLOGICAL INTERVENTION SYSTEM

The article presents the results of a comprehensive study of psycho-emotional indicators of maladaptation risk among military personnel performing combat tasks in the area of force deployment and substantiates their potential use as a basis for modeling a system of early psychological intervention. The relevance of the study is determined by the increasing psycho-emotional burden under conditions of prolonged combat stress and the necessity to shift from a reactive to a preventive model of psychological support.

The aim of the study is to identify the structural organization and prognostic significance of psycho-emotional indicators in military personnel and, on this basis, to develop a structural and functional model of an early psychological intervention system. The study involved 41 servicemen. A complex of theoretical, psychodiagnostic, and statistical methods was employed. The State Anxiety Scale by C. Spielberger (STAI), the Express Maladaptation

Questionnaire (O. Prykhodko), a primary PTSD screening instrument, and a military service stressor assessment tool were used. Statistical processing included descriptive statistics, correlation analysis, multiple regression analysis, and mediation analysis.

The results demonstrated a systemic pattern of interrelations among anxiety levels, posttraumatic symptoms, and maladaptive manifestations. Multiple regression analysis identified posttraumatic symptoms as a key predictor of maladaptation ($p < 0.001$). Mediation analysis confirmed a full indirect model, according to which the effect of combat-related stressors on maladaptation is mediated through the formation of posttraumatic symptoms.

Based on the obtained findings, a multi-level model of an early psychological intervention system is proposed, aimed at the timely identification and stabilization of posttraumatic manifestations at the preclinical stage. It has been established that posttraumatic responding serves as the central mechanism in the transformation of combat stress into maladaptive states, thereby substantiating the priority of preventive psychological monitoring within the system of maintaining the mental health of military personnel.

Key words: *psycho-emotional state, military personnel, maladaptation, post-traumatic stress disorder, combat stress, psycho-emotional monitoring, early psychological intervention, mental health.*

Вступ. Тривала участь військовослужбовців у бойових діях в умовах інтенсивного стресового навантаження формує специфічний комплекс психоемоційних змін, що можуть виступати предикторами розвитку дезадаптаційних станів, посттравматичних розладів та інших форм психічної дезінтеграції. Як засвідчують сучасні українські дослідження, хронічний бойовий стрес супроводжується зростанням рівня тривожності, емоційної напруги, порушенням сну та зниженням адаптаційних ресурсів військовослужбовців [1; 2; 6; 7]. Постійна загроза життю, фізичне виснаження та пролонгована психоемоційна мобілізація створюють підґрунтя для формування стійкої психоемоційної дисрегуляції, яка на доклінічному етапі часто залишається поза увагою системи медико-психологічного супроводу.

У сучасному українському науковому дискурсі проблема ментального здоров'я військовослужбовців здебільшого розглядається у площині діагностики посттравматичного стресового розладу, депресивних та тривожних станів [1; 2; 3; 6; 7]. Водночас, як підкреслюють вітчизняні дослідники, значна частина порушень має латентний характер і проявляється у вигляді підвищеної ситуативної тривожності, емоційної виснаженості, афективної нестійкості та зниження когнітивного контролю, що передують формуванню клінічно виражених розладів. Саме такі психоемоційні показники можуть слугувати ранніми маркерами ризику дезадаптації.

Особливої актуальності проблема своєчасного виявлення цих індикаторів набуває у військовослужбовців, які перебувають безпосередньо у зоні бойових дій, оскільки в бойових умовах обмежені можливості проведення розгорнутого клінічного обстеження. У цьому контексті українські науковці наголошують на необхідності впровадження систем регулярного психоемоційного моніторингу як елементу управлінських механізмів збереження ментального здоров'я особового складу [4; 5; 7].

Попри зростання кількості досліджень, присвячених психологічним наслідкам бойового стресу в Україні після 2022 р., недостатньо розробленими залишаються питання структурного аналізу психоемоційних показників як інтегрованої системи взаємопов'язаних маркерів ризику та їх використання для моделювання алгоритмів раннього психологічного реагування. Відсутність інтегрованої моделі, що поєднувала б психодіагностичні дані з чіткими критеріями диференційованого втручання, ускладнює організацію профілактичної та корекційної роботи у військових підрозділах в умовах воєнного стану.

Таким чином, наукова проблема дослідження полягає у визначенні психоемоційних індикаторів ризику дезадаптації військовослужбовців в умовах бойової діяльності та обґрунтуванні можливості їх використання як основи для моделювання системи раннього психологічного втручання, інтегрованої у систему організаційного та медико-психологічного супроводу.

Метою дослідження є виявлення структури та прогностичної значущості психоемоційних показників військовослужбовців у зоні бойових дій та розроблення на цій основі моделі системи раннього психологічного втручання.

Матеріали та методи дослідження. Для досягнення поставленої мети у дослідженні було використано комплекс теоретичних, психодіагностичних та статистичних методів, що забезпечили системний аналіз психоемоційних індикаторів ризику дезадаптації військовослужбовців в умовах воєнних дій.

На теоретичному етапі дослідження застосовано методи: аналізу та узагальнення наукових джерел з проблеми психоемоційної дезадаптації військовослужбовців; систематизації підходів до розуміння бойового стресу як чинника розвитку доклінічних та клінічних психічних порушень; порівняльного аналізу концепцій раннього психологічного втручання; теоретичного моделювання системи психологічного реагування на основі виявлених індикаторів ризику.

Використання комплексу теоретичних методів дозволило сформулювати концептуальну основу емпіричного дослідження та визначити логіку подальшого статистичного аналізу.

Для оцінки психоемоційного стану та виявлення індикаторів ризику дезадаптації було застосовано такі методики:

1. Шкалу ситуативної тривожності Ч. Спілбергера (STAI) – для визначення рівня реактивної тривожності як показника актуального психоемоційного напруження та інтенсивності стресового реагування.

2. Експрес-опитувальник дезадаптивності (О. Приходько) – для оцінки рівня порушення адаптаційних механізмів, емоційної нестійкості, зниження саморегуляції та функціональної дезорганізації.

3. Методику первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу – для виявлення симптомів посттравматичного реагування (нав'язливі спогади, уникання, гіпервозбудження), що можуть виступати ранніми маркерами розвитку ПТСР.

4. Методику оцінки стрес-факторів військової служби – для визначення суб'єктивної інтенсивності бойового та службового стресового навантаження.

Застосований інструментарій дозволив комплексно оцінити емоційний, адаптаційний та стресовий компоненти психоемоційного стану військовослужбовців.

Статистична обробка емпіричних даних здійснювалася із застосуванням методів математичної статистики. Використано: методи описової статистики (середні значення, стандартні відхилення, діапазон варіації); кореляційний аналіз (коефіцієнт Пірсона) для визначення взаємозв'язків між показниками тривожності, дезадаптивності, посттравматичних симптомів та інтенсивності стрес-факторів; множинний регресійний аналіз для встановлення предикторів ризику дезадаптації; факторний аналіз з метою виявлення латентної структури психоемоційного навантаження; кластерний аналіз для виділення груп військовослужбовців із різним рівнем психоемоційного ризику. Статистично значущими вважалися результати при рівні $p \leq 0,05$.

Вибірку дослідження склали 41 військовослужбовець, які проходили службу в умовах воєнних дій та виконували бойові завдання у зоні застосування сил. Обстеження здійснювалося на добровільних засадах із дотриманням принципів конфіденційності та інформованої згоди.

Результати. Воєнні дії створюють для військовослужбовця унікальну за інтенсивністю та тривалістю систему стресових впливів, що поєднує фізичну загрозу, постійну мобілізацію ресурсів, обмеженість відпочинку та емоційну напруженість. У таких умовах психіка функціонує в режимі підвищеної готовності, що є адаптивним у короткостроковій перспективі, однак за тривалого впливу може призводити до виснаження регуляторних механізмів та формування дезадаптаційних станів.

Сучасна психологічна наука розглядає стрес не як ізольовану реакцію, а як процес взаємодії між особистістю та середовищем. У транзакційній моделі Р. Лазаруса і С. Фолкман стрес визначається як результат когнітивної оцінки загрози та власних ресурсів її подолання [12]. У бойових умовах ця оцінка часто характеризується домінуванням факторів неконтрольованості та непередбачуваності, що обумовлює стабільно підвищений рівень емоційного напруження.

З медико-психологічної точки зору, тривале перебування в стані бойової готовності супроводжується стійкою активацією нейроендокринних механізмів стресу. Хронічна гіперактивація гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі призводить до порушень сну, емоційної лабільності, зниження когнітивної концентрації та соматичних проявів [17]. На доклінічному рівні ці зміни можуть проявлятися у вигляді підвищеної ситуативної тривожності та емоційної нестійкості, які ще не відповідають критеріям психічного розладу, однак сигналізують про ризик дезадаптації.

Відповідно до сучасних діагностичних підходів, посттравматичний стресовий розлад є крайньою формою дезадаптаційного реагування [8; 10; 13]. Проте клінічно вираженому ПТСР передують період субклінічних проявів, коли симптоматика ще не набуває повної синдромальної структури. Дослідження засвідчують, що саме на цьому етапі психологічне втручання є найбільш ефективним [9; 10; 11].

У контексті військової служби особливого значення набувають психоемоційні індикатори, які відображають стан адаптаційних механізмів. Ситуативна тривожність, за Ч. Спілбергером, є чутливим показником актуального стресового навантаження [15]. Її підвищення в умовах бойових дій може бути закономірним, однак стабільно високі значення свідчать про перевантаження системи регуляції. Водночас дезадаптивні прояви, що відображають порушення емоційної та поведінкової саморегуляції, вказують на зниження ефективності адаптаційних ресурсів.

Системне осмислення зазначених показників дозволяє розглядати їх не ізольовано, а як інтегровану структуру ризику. Інтенсивність суб'єктивно переживаних стрес-факторів військової служби виступає контекстуальним підґрунтям формування психоемоційної напруги, тоді як посттравматичні симптоми відображають ступінь залучення травматичного досвіду у внутрішню структуру особистості. У сукупності ці параметри формують багатовимірну модель психоемоційного функціонування військовослужбовця.

Сучасні підходи до психологічної підтримки військових дедалі більше орієнтуються на превентивну парадигму. За даними систематичних оглядів, ранні психологічні інтервенції, спрямовані на стабілізацію емоційного стану та відновлення ресурсів, знижують імовірність розвитку хронічних посттравматичних

розладів [14]. У цьому контексті актуалізується необхідність переходу від реактивної моделі (втручання після формування розладу) до моделі раннього виявлення та диференційованого реагування.

Теоретичне моделювання системи раннього психологічного втручання передбачає інтеграцію емпірично визначених індикаторів у багаторівневу структуру реагування. Така система має включати регулярний психоемоційний моніторинг, превентивні заходи для груп підвищеного ризику, індивідуальні корекційні програми та, у разі потреби, спеціалізовану реабілітацію. Подібний підхід відповідає принципам доказової медицини та сучасної медичної психології, орієнтованої на ранню профілактику [16].

Отже, теоретичний аналіз дозволяє стверджувати, що психоемоційні індикатори, зокрема рівень ситуативної тривожності, дезадаптивні прояви, посттравматичні симптоми та інтенсивність стрес-факторів військової служби, можуть виступати валідними маркерами ризику дезадаптації. Їх системне дослідження створює науково обґрунтовану основу для моделювання превентивної системи раннього психологічного втручання у військових підрозділах.

Разом із тим, теоретичні положення потребують емпіричної верифікації. Визначення структури взаємозв'язків між зазначеними показниками, їх прогностичної значущості та ролі у формуванні дезадапційного ризику можливе лише на основі статистичного аналізу реальних даних, отриманих у вибірці військовослужбовців, які виконують бойові завдання в умовах воєнних дій.

З огляду на це, наступним етапом дослідження стало вивчення фактичних показників психоемоційного стану військовослужбовців із метою: визначення рівня вираженості основних індикаторів; встановлення характеру їх взаємозв'язків; виявлення латентної структури психоемоційного навантаження; окреслення груп підвищеного ризику дезадаптації.

Емпіричний аналіз було розпочато з описової статистики (табл. 1), що дозволила охарактеризувати загальний психоемоційний профіль обстеженої вибірки та визначити первинні тенденції розподілу показників ситуативної тривожності, дезадаптивності, посттравматичних симптомів і стресового навантаження.

Таблиця 1

Описова характеристика психоемоційних показників військовослужбовців (n=41)

Показник	M (середнє)	SD (ст. відхилення)	Min	Max
Ситуативна тривожність (STAI)	38,04	11,83	8	68
Дезадаптивність (О. Приходько)	8,02	4,95	1	23
ПТСР (скринінг)	1,37	1,2	0	4
Інтегральний показник стрес-факторів	331,13	225,38	0	693

Отримані результати свідчать про помірно виражений середній рівень ситуативної тривожності у вибірці військовослужбовців ($M=38,04$), що відповідає стану підвищеної психоемоційної мобілізації в умовах бойового навантаження. Водночас значна варіативність показників ($SD=11,83$) вказує на наявність груп із різним рівнем стресової напруги.

Показники дезадаптивності ($M=8,02$) та симптомів посттравматичного реагування ($M=1,37$) свідчать про наявність доклінічних проявів психоемоційної дисрегуляції у частини обстежених. Особливої уваги потребує широкий діапазон інтенсивності стрес-факторів (0–693), що відображає неоднорідність бойового досвіду та різний рівень суб'єктивного переживання стресу.

З огляду на системний та багаторівневий характер психоемоційного функціонування особистості в умовах бойового стресу, подальший етап дослідження був спрямований на виявлення внутрішньої структурної організації досліджуваних показників. Психоемоційний стан військовослужбовця в екстремальних умовах не може розглядатися як сукупність ізольованих симптомів; натомість він формує цілісну динамічну систему, у межах якої тривожність, дезадаптивні прояви, симптоми посттравматичного реагування та інтенсивність переживаних стрес-факторів взаємодіють між собою, підсилюючи або компенсуючи один одного.

У клініко-психологічному контексті принципово важливим є встановлення характеру цих взаємозв'язків, оскільки саме їх конфігурація визначає траєкторію подальшого розвитку адаптаційного процесу, від функціональної мобілізації до станів дезрегуляції та ризику дезадаптації. Тому наступним логічним кроком емпіричного аналізу стало, поглиблення розуміння внутрішньої архітектури психоемоційних індикаторів та їх ролі у формуванні ризику дезадаптації та було проведено кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта К. Пірсона, що дозволило перейти від описового рівня констатації показників до аналітичного рівня інтерпретації їх структурних взаємозв'язків (табл. 2).

Отримані результати демонструють статистично значущі позитивні кореляційні зв'язки між досліджуваними змінними, що підтверджує їх системний характер.

Найбільш виражений зв'язок встановлено між рівнем ситуативної тривожності та інтегральним показником стрес-факторів ($r=0,74$), що свідчить про тісну залежність емоційної мобілізації від

інтенсивності переживаного бойового навантаження. Це дозволяє розглядати ситуативну тривожність як чутливий індикатор актуального стресового впливу.

Таблиця 2

Кореляційна матриця психоемоційних показників військовослужбовців

Показники	STAI	Деадаптивність	ПТСР	Стрес-фактори (інтегральний показник)
STAI	1	0,38	0,45	0,74
Деадаптивність	0,38	1	0,65	0,2
ПТСР	0,45	0,65	1	0,37
Стрес-фактори	0,74	0,2	0,37	1

Суттєвий кореляційний зв'язок між показниками дезадаптивності та симптомами посттравматичного реагування ($r=0,65$) вказує на те, що зростання посттравматичних проявів супроводжується посиленням порушень адаптаційних механізмів. У клініко-психологічному контексті це може свідчити про формування стійкої дезрегуляційної структури.

Помірні позитивні зв'язки між тривожністю та ПТСР ($r=0,45$), а також між ПТСР і стрес-факторами ($r=0,37$) відображають поступове включення травматичного досвіду у структуру психоемоційного функціонування.

Водночас відносно слабкий зв'язок між інтегральним показником стрес-факторів та дезадаптивністю ($r=0,20$) може свідчити про опосередковану роль стресового навантаження у формуванні дезадаптації – через механізми тривожності та посттравматичного реагування.

Отже кореляційна структура свідчить про те, що психоемоційні показники військовослужбовців утворюють інтегровану систему взаємопов'язаних змінних, у межах якої інтенсивність стрес-факторів безпосередньо пов'язана з рівнем ситуативної тривожності, а остання, своєю чергою, асоціюється з посттравматичними проявами та дезадаптивними тенденціями. Така конфігурація зв'язків дозволяє припустити наявність послідовного механізму формування ризику: підвищене стресове навантаження → зростання емоційної напруги → посилення посттравматичних реакцій → дезадаптаційні прояви.

Водночас кореляційний аналіз, попри його інформативність, відображає лише характер і силу лінійних зв'язків між змінними, не дозволяючи визначити їхню ієрархічну роль у структурі ризику. Зокрема, залишається відкритим питання: які саме показники мають найбільшу прогностичну значущість у формуванні дезадаптації та чи можна розглядати окремі змінні як системоутворюючі предиктори.

З клініко-психологічної точки зору принципово важливим є не лише встановлення взаємозв'язків, а й визначення внеску кожного показника у пояснення варіативності рівня дезадаптації. Саме це дозволяє перейти від констатації кореляцій до побудови прогностичної моделі, що має безпосереднє прикладне значення для розробки системи раннього психологічного втручання.

У зв'язку з цим наступним етапом емпіричного дослідження стало проведення множинного регресійного аналізу (табл. 3), спрямованого на визначення предикторів ризику дезадаптації військовослужбовців та встановлення їх відносної ваги у структурі психоемоційного функціонування в умовах бойового стресу.

Таблиця 3

Результати множинного регресійного аналізу (залежна змінна – дезадаптивність)

Предиктор	B	SE	t	p
Константа	2,51	2,48	1,01	0,318
STAI	0,105	0,082	1,29	0,206
ПТСР	2,55	0,57	4,51	<0,001
Стрес-фактори (інтегральний показник)	-0,005	0,005	-1,05	0,301

Примітки: $R^2=0,451$, Змінений $R^2=0,407$, $F(3,37)=10,14$; $p<0,001$.

Побудована регресійна модель пояснює 45,1 % варіативності рівня дезадаптивності військовослужбовців ($R^2=0,451$), що свідчить про її достатню прогностичну спроможність у межах досліджуваної вибірки. Модель є статистично значущою в цілому ($F=10,14$; $p<0,001$), що підтверджує наявність системного зв'язку між досліджуваними змінними.

Аналіз окремих предикторів показав, що єдиним статистично значущим чинником ризику дезадаптації виступають симптоми посттравматичного реагування ($B=2,55$; $p<0,001$). Це означає, що збільшення інтенсивності посттравматичних симптомів супроводжується суттєвим зростанням рівня дезадаптивності.

Водночас рівень ситуативної тривожності та інтегральний показник стрес-факторів не продемонстрували самостійної прогностичної значущості у моделі ($p > 0,05$). Це дозволяє припустити, що їхній вплив на дезадаптацію має опосередкований характер і реалізується через формування посттравматичних симптомів.

З клініко-психологічної точки зору отримані результати свідчать про те, що саме посттравматичне реагування є системоутворюючим компонентом ризику психоемоційної дезадаптації в умовах бойового стресу. Таким чином, рання ідентифікація субклінічних посттравматичних проявів може розглядатися як ключовий напрям профілактичного втручання.

Отримані результати регресійного аналізу дозволили уточнити ієрархію впливу досліджуваних показників та визначити посттравматичні симптоми як ключовий предиктор дезадаптації військовослужбовців. Водночас встановлена відсутність прямого значущого впливу інтенсивності стрес-факторів на рівень дезадаптації в межах множинної регресійної моделі потребувала подальшого уточнення механізмів формування ризику.

З клініко-психологічної точки зору, така конфігурація результатів може свідчити про непрямий характер впливу бойового навантаження, через проміжні психологічні механізми. У зв'язку з цим наступним логічним етапом емпіричного аналізу стало дослідження можливого опосередкованого (медіаційного) ефекту посттравматичних симптомів у зв'язку між інтенсивністю стрес-факторів та рівнем дезадаптації. З метою перевірки цього припущення було проведено медіаційний аналіз, результати якого наведено у таблиці 4.

Таблиця 4

Медіаційний аналіз: роль ПТСР у зв'язку між стрес-факторами та дезадаптацією

Крок 1. Загальний ефект (Стрес → Дезадаптація)			
Показник	B	p	R ²
Стрес-фактори	0,006	0,207	0,04
Крок 2. Шлях a (Стрес → ПТСР)			
Показник	B	p	R ²
Стрес-фактори	0,0027	0,017	0,138
Крок 3. Шляхи b і c' (Стрес + ПТСР → Дезадаптація)			
Показник	B	p	R ²
ПТСР	2,76	<0,001	0,427
Стрес-фактори	-0,002	0,719	–

Отримані результати свідчать про наявність опосередкованого механізму впливу інтенсивності стрес-факторів на рівень дезадаптації.

На першому етапі прямий зв'язок між стрес-факторами та дезадаптацією виявився статистично незначущим ($p = 0,207$), що свідчить про відсутність безпосереднього лінійного впливу.

Водночас другий етап продемонстрував статистично значущий вплив інтенсивності стрес-факторів на рівень посттравматичних симптомів ($p = 0,017$), що підтверджує гіпотезу про формування травматичного реагування під впливом бойового навантаження.

На третьому етапі встановлено, що за включення ПТСР до моделі саме він виступає потужним предиктором дезадаптації ($B = 2,76$; $p < 0,001$), тоді як прямий вплив стрес-факторів повністю втрачає статистичну значущість ($p = 0,719$).

Таким чином, результати медіаційного аналізу свідчать про наявність опосередкованого механізму впливу інтенсивності стрес-факторів на рівень дезадаптації через формування посттравматичних симптомів. Відсутність прямого значущого зв'язку між стрес-факторами та дезадаптацією за одночасної наявності значущого впливу на ПТСР підтверджує модель повної медіації.

Отже, бойове навантаження не трансформується у дезадаптацію безпосередньо; критичним механізмом цього переходу виступає формування посттравматичного реагування. Саме ця ланка визначає подальшу траєкторію психоемоційного функціонування військовослужбовця, від адаптивної мобілізації до станів дезрегуляції.

З позицій медичної психології це означає, що посттравматичні симптоми виконують роль центрального механізму трансформації бойового стресу у дезадаптаційний стан. Виявлений медіаційний ефект має принципове значення для побудови системи раннього психологічного втручання, оскільки визначає об'єкт первинної превентивної роботи. Якщо посттравматичні симптоми виступають ключовою ланкою формування дезадаптації, то система раннього психологічного втручання повинна бути спрямована насамперед на: своєчасну ідентифікацію субклінічних посттравматичних проявів; стабілізацію емоційного реагування; попередження переходу реактивної тривожності у стійку дезадаптацію.

Сукупність отриманих емпіричних результатів дозволяє перейти від констатації статистичних взаємозв'язків до концептуального осмислення механізмів формування психоемоційної дезадаптації військовослужбовців. Проведений аналіз засвідчив, що інтенсивність бойового навантаження не чинить безпосереднього впливу на дезадаптивні прояви, а реалізується через формування посттравматичних симптомів, які виступають центральною ланкою ризику.

Встановлений медіаційний механізм свідчить про те, що саме посттравматичне реагування виконує системоутворюючу функцію у структурі психоемоційної дезадаптації. Відповідно, профілактична та корекційна робота має бути спрямована передусім на своєчасну ідентифікацію та стабілізацію посттравматичних проявів на доклінічному етапі.

З урахуванням встановленого механізму повної медіації, відповідно до якого інтенсивність стрес-факторів реалізує свій вплив на дезадаптацію через формування посттравматичних симптомів, запропоновано структурно-функціональну модель системи раннього психологічного втручання (рис. 1).

Запропонована модель ґрунтується на ієрархічній організації психоемоційних індикаторів ризику та передбачає диференційоване поетапне реагування залежно від рівня вираженості посттравматичного реагування. Вона інтегрує результати емпіричного аналізу у прикладну систему профілактики та корекції дезадаптаційних станів військовослужбовців у зоні застосування сил.

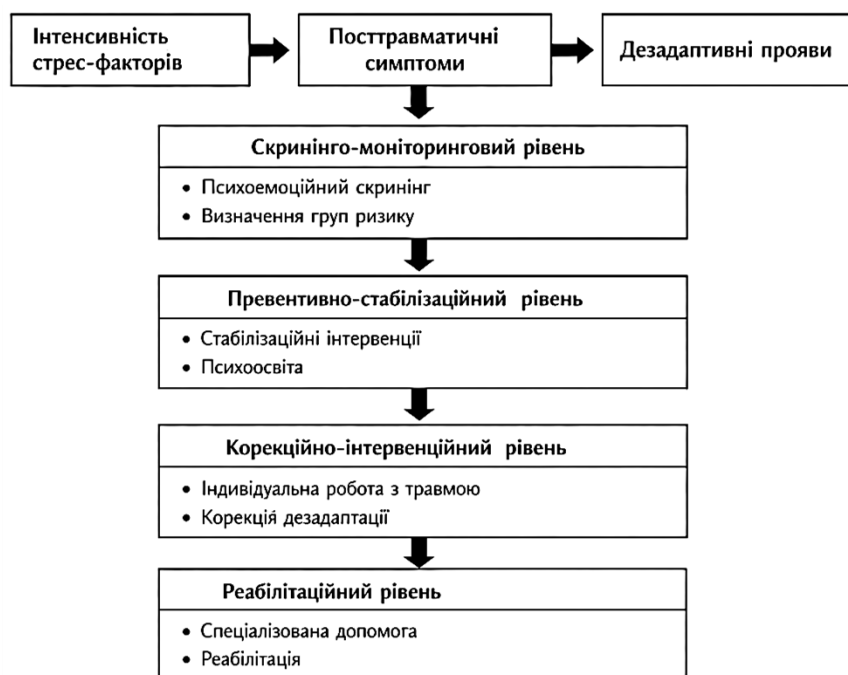


Рис. 1. Модель системи раннього психологічного втручання

Модель має багаторівневу структуру та включає чотири взаємопов'язані компоненти, що відображають послідовність переходу від скринінгу до спеціалізованої допомоги.

1. Скринінгово-моніторинговий рівень передбачає систематичну оцінку психоемоційного стану військовослужбовців із застосуванням стандартизованих психодіагностичних інструментів. Його функціональне призначення полягає у ранньому виявленні підвищених показників посттравматичного реагування та визначенні груп ризику. Ключовими завданнями є: ідентифікація субклінічних проявів посттравматичних симптомів; оцінка динаміки психоемоційного стану в умовах пролонгованого бойового навантаження; формування індивідуалізованих профілів ризику. Принциповим є те, що моніторинг спрямований не лише на фіксацію клінічних форм ПТСР, а передусім на виявлення доклінічних змін, які можуть передувати розвитку стійкої дезадаптації.

2. Превентивно-стабілізаційний рівень орієнтований на військовослужбовців із підвищеними показниками посттравматичного реагування за відсутності сформованих дезадаптивних проявів. Функціональне призначення цього етапу полягає у стабілізації психоемоційного стану та запобіганні формування хронічної симптоматики. Реалізація цього етапу передбачає: короткострокові психологічні інтервенції стабілізаційного характеру; формування навичок емоційної саморегуляції; психосвітні програми щодо механізмів стресу та травматичного реагування; профілактику емоційного виснаження. Завданням є недопущення переходу реактивних форм посттравматичного реагування у стійкі дезадаптаційні стани.

3. Корекційно-інтервенційний рівень активується у випадках поєднання посттравматичних симптомів із показниками дезадаптивності. На цьому етапі здійснюється цільове психологічне втручання, спрямоване на зниження інтенсивності симптомів та відновлення адаптаційних ресурсів. Цей етап передбачає: індивідуальне психологічне консультування; корекцію дезадаптивних стратегій реагування; роботу з травматичним досвідом; міждисциплінарну взаємодію з медичними фахівцями за необхідності. Таким чином забезпечується перехід від превентивної до корекційної моделі психологічного супроводу.

4. Реабілітаційний рівень передбачає спеціалізовану психологічну або медичну допомогу у випадках формування клінічно значущих порушень. Даний етап включає: структуровані психотерапевтичні програми; медико-психологічний супровід; відновлення функціональної спроможності; поступову інтеграцію у службову діяльність.

Таким чином, емпірично підтверджений механізм формування дезадаптації може бути представлений як послідовність: Інтенсивність стрес-факторів → Формування посттравматичних симптомів → Дезадаптивні прояви.

Відповідно, система раннього психологічного втручання спрямована на переривання зазначеного патогенетичного ланцюга на етапі формування посттравматичного реагування, що дозволяє мінімізувати ризик подальшої дезінтеграції адаптаційних механізмів.

Запропонована структурно-функціональна модель раннього психологічного втручання узгоджується з сучасними міжнародними підходами до профілактики психічних розладів у кризових та військових умовах. Зокрема, її концептуальні положення корелюють із рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо впровадження багаторівневих систем психосоціальної підтримки в умовах надзвичайних ситуацій та збройних конфліктів [16].

Відповідно до концепції *trauma-informed care*, профілактичні системи мають бути побудовані з урахуванням раннього виявлення травматичного досвіду та мінімізації ризику його хронізації. У цьому контексті пріоритетна орієнтація запропонованої моделі на ідентифікацію посттравматичних симптомів як центрального механізму дезадаптації відповідає міжнародним стандартам травмоінформованого підходу.

Крім того, багаторівнева структура моделі співвідноситься з принципами поетапної психосоціальної допомоги (*stepped-care approach*), що передбачає диференціацію втручань залежно від тяжкості стану та інтенсивності симптомів. Такий підхід дозволяє оптимізувати використання ресурсів і забезпечити адресність психологічного супроводу.

Важливо також, що модель інтегрує клініко-психологічний і організаційний виміри реагування, що відповідає сучасним тенденціям міждисциплінарної взаємодії у сфері ментального здоров'я військовослужбовців.

Таким чином, розроблена модель раннього психологічного втручання: базується на емпірично підтвердженому механізмі повної медіації; узгоджується з міжнародними стандартами психосоціальної підтримки; відповідає принципам превентивності, поетапності та доказовості; може бути інтегрована у систему організаційного управління психологічним супроводом військовослужбовців.

Отже, її впровадження сприятиме зниженню ризику психоемоційної дезадаптації, підвищенню адаптаційної спроможності військових підрозділів та оптимізації системи раннього психологічного реагування в умовах бойового навантаження.

Висновки. Проведене дослідження дозволило комплексно осмислити механізми формування психоемоційної дезадаптації військовослужбовців у зоні бойових дій та обґрунтувати систему раннього психологічного втручання на основі емпірично встановлених індикаторів ризику. Теоретичний аналіз сучасних підходів до проблеми бойового стресу та посттравматичного реагування засвідчив, що психоемоційне функціонування в умовах пролонгованого екстремального навантаження має системний характер і визначається взаємодією тривожності, травматичних симптомів та адаптаційних механізмів.

Описовий аналіз емпіричних даних виявив варіативність показників ситуативної тривожності, посттравматичних симптомів та дезадаптивності у вибірці військовослужбовців, що свідчить про неоднорідність психоемоційного реагування та наявність груп підвищеного ризику. Встановлені кореляційні зв'язки підтвердили інтегрований характер психоемоційної структури, у межах якої інтенсивність стрес-факторів пов'язана з підвищенням тривожності та симптомів посттравматичного реагування, а останні – із формуванням дезадаптивних проявів.

Результати множинного регресійного аналізу дозволили визначити посттравматичні симптоми як ключовий предиктор дезадаптації, що свідчить про їх системоутворюючу роль у механізмі психоемоційної дезінтеграції. Подальший медіаційний аналіз підтвердив, що вплив інтенсивності бойового навантаження на дезадаптацію реалізується опосередковано, через формування посттравматичних симптомів. Таким чином, саме посттравматичне реагування виступає центральною ланкою трансформації бойового стресу у стан дезадаптації.

Отримані результати стали підґрунтям для розроблення структурно-функціональної моделі системи раннього психологічного втручання, яка передбачає поетапне реагування залежно від рівня вираженості посттравматичних проявів та орієнтована на їх своєчасну ідентифікацію і стабілізацію. Запропонована модель відповідає принципам превентивності, диференційованості та доказовості, узгоджується з сучасними міжнародними підходами до травмоінформованої допомоги та може бути інтегрована у систему організаційного й медико-психологічного супроводу військовослужбовців.

Таким чином, результати дослідження підтверджують доцільність використання психоемоційних індикаторів як основи для побудови системи раннього психологічного втручання, спрямованої на зниження ризику дезадаптації та збереження ментального здоров'я військовослужбовців в умовах бойового навантаження.

Література:

1. Асеева Ю. О., Аїмедов К. В., Яцишина А. М. Вплив воєнних дій на розвиток ПТСР у військовослужбовців. *Габітус*. 2024. Вип. 63. С. 137–141 DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.63.23>
2. Заворотний В. І. Характеристика бойових стресорів гібридної війни на сході України. *Медична психологія*. 2017. № 2. С. 98–100. URL: <http://www.mps.kh.ua/archive/2017/2/20>
3. Кальниш В. В., Мальцев О. В. Вплив психотравмуючих чинників зовнішнього середовища на переживання комбатантів, служба яких проходила в умовах бойових дій. *Укр. мед. Часопис*. 2020. № 5 (139). С. 1–4. URL: <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.139.191218>
4. Міністерство охорони здоров'я України. Концепція розвитку системи психічного здоров'я в Україні до 2030 року. Київ, 2022. URL: <https://moz.gov.ua>
5. Національна програма психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах війни. Київ, 2023. URL: <https://www.kmu.gov.ua>
6. Немцова В. Д., Потейко П. І., Риндіна Н. Г., Березняков В. І., Корчевська Г. І., Кравчук С. Л. Посттравматичний стресовий розлад та причини його виникнення серед осіб, які мають досвід участі в бойових діях. *Вісник медицини, психології та фармації*, 2025. № 1. С. 43–50. DOI: <https://doi.org/10.20998/BMP.2024.01.05>
7. Толмачов О. А. Вплив бойових дій на ментальне здоров'я військовослужбовців: можливості державного управління у забезпеченні дієвості захисних механізмів. *Наукові перспективи*. 2025. № 1 (55). С. 524–535. DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-1\(55\)-524-535](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-1(55)-524-535)
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. 991 p. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
9. Bonanno G. A. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*. 2004. Vol. 59 (1). P. 20–28. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
10. Brewin C. R., Andrews B., Valentine J. D. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000. Vol. 68 (5). P. 748–766. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>
11. Karaman N., Watson J. C. Examining associations among trauma exposure, resilience, and posttraumatic growth. *Journal of Counseling & Development*. 2017. Vol. 95 (4). P. 455–467. DOI: <https://doi.org/10.1002/jcad.12153>
12. Lazarus R. S., Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company, 1984. 365 p.
13. Levine S. Z., Laufer A., Stein E., Hamama-Raz Y., & Solomon Z. Examining the relationship between resilience and posttraumatic growth. *Journal of traumatic stress*. 2009. Vol. 22 (4). P. 282–286. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.20409>
14. Roberts N. P., Kitchiner N. J., Kenardy J., Bisson J. I. Early psychological intervention to treat acute traumatic stress symptoms. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010. Vol. 3. Article №: CD007944. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007944.pub2>
15. Spielberger C. D. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. 1983. 76 p.
16. World Health Organization. *Doing What Matters in Times of Stress: An Illustrated Guide*. Geneva: WHO, 2022. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003927>
17. Yehuda R. Post-traumatic stress disorder. *The New England Journal of Medicine*. 2002. Vol. 346 (2). P. 108–114. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMra012941>

References:

1. Asieieva, Yu. O., Aїmedov, K. V., Yatsyshyna, A. M. (2024). Vplyv voiennykh dii na rozvytok PTSR u viiskovosluzhbovtziv [Impact of military actions on the development of PTSD in military personnel]. *Habitus*, Vyp. 63, S. 137–141. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.63.23> [in Ukrainian].
2. Zavorotnyi, V. I. (2017). Kharakterystyka boiovykh stresoriv hibrydnoi viiny na skhodi Ukrainy [Characteristics of combat stressors of the hybrid war in Eastern Ukraine]. *Medychna psykhoholiiia*, № 2, S. 98–100. Retrieved from: <http://www.mps.kh.ua/archive/2017/2/20> [in Ukrainian].
3. Kalnysh, V. V., Maltsev, O. V. (2020). Vplyv psykhotravmuiuchykh chynnykiv zovnishnoho seredovyscha na perezhyvannia kombatantiv, sluzhba yakykh prokhodyla v umovakh boiovykh dii [Influence of psychotraumatic environmental factors on the experiences of combatants who served in combat conditions]. *Ukrainskyi medychnyi chasopys*, № 5(139), S. 1–4. DOI: <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.139.191218> [in Ukrainian].
4. Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy (2022). Kontseptsia rozvytku systemy psykhichnoho zdorovia v Ukraini do 2030 roku [Concept for the development of the mental health system in Ukraine until 2030]. Kyiv. Retrieved from: <https://moz.gov.ua> [in Ukrainian].
5. Natsionalna prohrama psykhichnoho zdorovia ta psykhosotsialnoi pidtrymky v umovakh viiny (2023). [National program of mental health and psychosocial support in wartime conditions]. Kyiv. Retrieved from: <https://www.kmu.gov.ua> [in Ukrainian].

6. Nemtsova, V. D., Poteiko, P. I., Ryndina, N. H., Berezniakov, V. I., Korchevska, H. I., Kravchuk, S. L. (2025). Posttraumatychnyi stresovyi rozlad ta prychny yoho vynyknennia sered osib, yaki maiut dosvid uchasti v boiovykh diiakh [Post-traumatic stress disorder and causes of its occurrence among persons with combat experience]. *Visnyk medytsyny, psykholohii ta farmatsii*, № 1, S. 43–50. DOI: <https://doi.org/10.20998/BMPP.2024.01.05> [in Ukrainian].
7. Tolmachov, O. A. (2025). Vplyv boiovykh dii na mentalne zdorovia viiskovosluzhbovtsiv: mozhlyvosti derzhavnoho upravlinnia u zabezpechenni diievosti zakhysnykh mekhanizmiv [Impact of combat actions on the mental health of military personnel: Opportunities of public administration in ensuring the effectiveness of protective mechanisms]. *Naukovi perspektyvy*, № 1(55), S. 524–535. DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-1\(55\)-524-535](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-1(55)-524-535) [in Ukrainian].
8. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: *American Psychiatric Publishing*. 991 p. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596> [in English].
9. Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, Vol. 59(1), P. 20–28. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20> [in English].
10. Brewin, C. R., Andrews, B., Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 68(5), P. 748–766. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748> [in English].
11. Karaman, N., Watson, J. C. (2017). Examining associations among trauma exposure, resilience, and posttraumatic growth. *Journal of Counseling & Development*, Vol. 95(4), P. 455–467. DOI: <https://doi.org/10.1002/jcad.12153> [in English].
12. Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company [in English].
13. Levine, S. Z., Laufer, A., Stein, E., Hamama-Raz, Y., Solomon, Z. (2009). Examining the relationship between resilience and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 22(4), P. 282–286. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.20409> [in English].
14. Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., Bisson, J. I. (2010). Early psychological intervention to treat acute traumatic stress symptoms. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 3, Article No.: CD007944. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007944.pub2> [in English].
15. Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. 76 p. [in English].
16. World Health Organization (2022). *Doing What Matters in Times of Stress: An Illustrated Guide*. Geneva: WHO. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003927> [in English].
17. Yehuda, R. (2002). Post-traumatic stress disorder. *The New England Journal of Medicine*, Vol. 346(2), P. 108–114. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMra012941> [in English].

Дата першого надходження статті до видання: 23.02.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 19.03.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 21.05.2026