

**Федоренко Ю. А.**

<https://orcid.org/0009-0008-4705-2496>

Національний університет оборони України

**Стасюк В. В.**

<https://orcid.org/0000-0002-7943-8456>

Національний університет оборони України

## ВАЛІДИЗАЦІЯ НАПРЯМІВ ПСИХОЛОГІЧНОГО ВІДНОВЛЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ НА ОСНОВІ ПОКАЗНИКІВ ВІЙСЬКОВОЇ ВЕРСІЇ МІССІСІПСЬКОГО ОПИТУВАЛЬНИКА

*Роботу присвячено теоретико-емпіричному дослідженню проблеми психологічного відновлення військовослужбовців та науковому обґрунтуванню валідності діагностичних інструментів як предикторів вибору терапевтичних стратегій. У роботі здійснено аналіз феноменології бойової психічної травми, яка розглядається як системний деструктивний чинник, що зумовлює дезінтеграцію когнітивно-емоційної сфери особистості та формування стійких патопсихологічних симптомокомплексів. Актуальність дослідження детермінована необхідністю переходу від універсальних протоколів психологічного відновлення до диференційованих моделей, що базуються на об'єктивних метричних даних.*

*Емпіричну базу дослідження склали результати діагностики 89 військовослужбовців (N=89). Методологічний інструментарій включав військову версію Міссісіпської шкали (M-PTSD), шкалу особистісної та реактивної тривожності Спілберґера-Ханіна та опитувальник «САН». На основі кластерного аналізу здійснено стратифікацію вибірки за критерієм тяжкості травматизації на три групи: з низьким (29,2%), середнім (52,8%) та високим (18,0%) рівнями дезадаптації.*

*У ході дослідження встановлено статистично значущий кореляційний зв'язок ( $r=0,307$ ) між інтегральним показником ПТСР та рівнем особистісної тривожності, що емпірично підтверджує трансформаційний вплив бойового досвіду на глибинні структури особистості. Водночас виявлено феномен дисоціації між об'єктивними показниками травми та суб'єктивною оцінкою настрою, що доводить низьку прогностичну валідність шкал самозвіту про самопочуття при діагностиці бойового стресу.*

*Наукова новизна роботи полягає у розробці та валідизації матриці відповідності «Діагностичний профіль – Психокорекційна мішень». Доведено, що для респондентів із високим індексом травматизації ( $\geq 89$  балів) пріоритетним є застосування індивідуальної травмафокусованої терапії (EMDR) та методів соматичної стабілізації для зниження гіперактивності. Для групи ризику (70–89 балів) обґрунтовано доцільність імплементації когнітивно-поведінкових стратегій у груповому форматі для корекції дезадаптивних установок. Для групи умовної норми визначено ефективність ресурс-орієнтованих підходів. Практичне значення результатів полягає у створенні алгоритму, що мінімізує ризики ятрогенії та ретравматизації, забезпечуючи цілеспрямовану профілактику хронізації розладів.*

**Ключові слова:** психологічне відновлення, учасники бойових дій, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), Міссісіпський опитувальник (M-PTSD), бойова психічна травма, особистісна тривожність, психологічна діагностика, валідизація методів, диференційований підхід, психокорекція.

**Постановка проблеми.** Психологічні наслідки участі у бойових діях становлять складний комплекс змін у психічній діяльності, емоційному стані та поведінці особистості, які виникають як реакція на вплив стресорів надзвичайної інтенсивності.

Бойова психічна травма розглядається не просто як ситуативна реакція, а як пролонгований процес, що трансформує структуру особистості військовослужбовця. В основі феноменології бойового стресу лежить зіткнення індивіда із загрозою власному



життю, необхідністю вбивати, загибеллю побратимів та перебуванням у ворожому середовищі, що характеризується непередбачуваністю та постійним напруженням. Результатом такого впливу часто стає розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР) або часткових посттравматичних реакцій, які не досягають клінічного рівня розладу, проте суттєво знижують якість життя. Механізм формування бойової травми пов'язаний із фіксацією психіки на травматичній події, коли мозок не здатен інтегрувати жахливий досвід у наявну картину світу та автобіографічну пам'ять, через що подія продовжує переживатися як така, що відбувається «тут і тепер». Це призводить до дезорганізації когнітивних процесів, порушення емоційної регуляції та змін у системі цінностей і переконань військовослужбовця, тому проблема представляє особливий інтерес в даний час.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Проблема психологічного відновлення та адаптації особистості в умовах екстремального впливу стресогенних чинників є предметом пильної уваги сучасної психологічної науки. Теоретико-методологічне підґрунтя розуміння структури особистості та соціально-психологічних механізмів її функціонування закладено у фундаментальних працях М. Й. Варія та колективу авторів за редакцією М. М. Слюсаревського [2, 8]. Вагоме місце у науковому дискурсі посідають питання мобілізації внутрішніх ресурсів, зокрема феномен резильєнтності та життєстійкості, які ґрунтовно проаналізовано у дослідженнях Е. О. Грішина та В. Предко, причому остання акцентує увагу на їх взаємозв'язку з умовами воєнного стану [4, 9]. Значний масив робіт присвячено вивченню регулятивних механізмів психіки, таких як саморегуляція та локус контролю, специфіку яких у різних вікових та професійних групах розкрито у доробках М. В. Гриньової, О. Дмишка та Н. П. Лесніченко [3, 5, 6].

У контексті військової психології критично важливими є дослідження, спрямовані на діагностику та відновлення військовослужбовців: так, Д. О. Асонов вивчає когнітивно-емоційні компоненти резильєнсу ветеранів із наслідками травм, Ю. Б. Максименко та Д. П. Хімович аналізують особливості локусу контролю військовослужбовців у міжособистісній взаємодії, а прикладні аспекти психодіагностики у військових формуваннях систематизовано у працях групи науковців під керівництвом І. І. Приходька [1, 7, 10].

**Постановка завдання.** Завданням дослідження є теоретичне обґрунтування та емпірична валідація диференційованих напрямів

психологічного відновлення учасників бойових дій шляхом встановлення відповідності між кількісними показниками військової версії Міссісіпського опитувальника та специфічними мішенями психокорекційного впливу.

**Виклад основного матеріалу.** Специфіка симптоматики у сучасних учасників бойових дій групується у три основні кластери, які є діагностичними критеріями ПТСР. Перший кластер – це симптоми повторного переживання або вторгнення (інтрузії). До них належать нав'язливі, небажані спогади про травматичні події, нічні жахіття, флешбеки, під час яких військовослужбовець втрачає контакт із реальністю і відчуває себе знову на полі бою, а також інтенсивні психологічні та фізіологічні реакції на тригери (звуки, запахи, візуальні образи), що нагадують про травму. Другий кластер – це симптоми уникнення та емоційного заціпеніння. Військовослужбовці намагаються уникати думок, почуттів, розмов, місць або людей, пов'язаних із бойовим досвідом. Це супроводжується відчуттям відчуженості від оточуючих, втратою інтересу до раніше значущих видів діяльності, емоційною холодністю та нездатністю відчувати позитивні емоції. Третій кластер – це симптоми гіперзбудження, які відображають постійну мобілізацію нервової системи. Сюди входять порушення сну (труднощі із засинанням або часті пробудження), дратівливість, спалахи гніву, труднощі з концентрацією уваги, надмірна пильність та посилена реакція переляку [4].

Вплив бойового досвіду на соціальну адаптацію та психологічне благополуччя є всеохоплюючим і часто призводить до дезадаптації у мирному житті. Високий рівень агресії та дратівливості стає причиною конфліктів у сім'ї, що нерідко призводить до розлучень та втрати соціальної підтримки. Емоційна відчуженість та симптом уникнення ускладнюють комунікацію з цивільним оточенням, формуючи бар'єр нерозуміння між ветераном та суспільством. Відчуття провини (вина вцілілого) може блокувати прагнення до соціального успіху або побудови кар'єри. Крім того, неліковані наслідки бойового стресу часто корелюють із деструктивними копінг-стратегіями, такими як зловживання алкоголем або психоактивними речовинами, ризикова поведінка (наприклад, екстремальне водіння) та суїцидальні тенденції. Психологічне благополуччя знижується через постійне внутрішнє напруження та неможливість розслабитися, що призводить до соматизації психологічних проблем – розвитку серцево-судинних захворювань, розладів травлення та хронічного болю [10].

Для ефективної роботи з наслідками бойового стресу критично важливим є етап діагностики, який дозволяє не лише констатувати наявність травми, а й визначити її кількісні та якісні характеристики. Одним із найбільш авторитетних та валідних інструментів у цій сфері є військова версія Міссісіпського опитувальника (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD, М-PTSD). Історія створення цієї методики сягає 1980-х років, коли група американських дослідників на чолі з Т. Кіном (Keane) розробила інструмент для оцінки вираженості симптомів ПТСР у ветеранів війни у В'єтнамі. Методика була створена з метою отримання стандартизованого інструментарію, який міг би надійно диференціювати осіб із ПТСР від тих, хто має інші психічні розлади або симулює симптоми. Структурно опитувальник складається з 35 тверджень, кожне з яких оцінюється за 5-бальною шкалою Лікерта. Ця структура дозволяє отримати сумарний бал, який відображає загальний рівень травматизації, а також проаналізувати окремі аспекти стану респондента. Адаптація методики для вітчизняних реалій підтвердила її високу ретестову надійність та внутрішню узгодженість, що робить її придатною для використання в роботі з учасниками сучасних бойових дій [9].

Психометричні характеристики шкали дозволяють вимірювати широкий спектр проявів бойової травми, що виходять за межі класичної тріади симптомів ПТСР. Окрім виявлення нав'язливих спогадів та сновидінь, які свідчать про інтрузію, опитувальник фокусується на проблемах міжособистісного спілкування та соціальної ізоляції. Значна частина питань спрямована на оцінку афективних розладів, зокрема депресивних станів, апатії та емоційної лабільності. Важливою особливістю М-PTSD є наявність питань, що стосуються почуття провини за скоєне на війні або за те, що військовослужбовець вижив, коли інші загинули. Також методика чутлива до виявлення суїцидальних ідеацій та проблем із контролем агресії. Це дозволяє сформулювати комплексний профіль пацієнта, а не просто встановити діагноз. Іншою важливою характеристикою є здатність методики фіксувати динаміку стану в процесі психологічного відновлення, що робить її незамінною для моніторингу ефективності терапевтичних втручань [1].

Обґрунтування вибору саме військової версії Міссісіпського опитувальника для побудови програми відновлення базується на його специфічності. На відміну від загальних шкал тривожності

чи депресії, цей інструмент розроблений спеціально для військовослужбовців і враховує контекст бойового досвіду. Він містить твердження, які резонують із реальним досвідом військових, що підвищує довіру до процедури тестування. Окрім того, М-PTSD дозволяє проводити як скринінг великих груп військовослужбовців для виявлення групи ризику, так і глибоку індивідуальну діагностику. Важливим аргументом на користь цього інструменту є можливість виділення домінуючих симптомокомплексів (наприклад, перевага депресивної симптоматики над агресивною або навпаки), що є ключем до вибору адекватного напряму психологічної корекції. Використання М-PTSD як базового метричного інструменту забезпечує доказовість практики психологічного відновлення, дозволяючи переходити від інтуїтивного вибору методів до обґрунтованого призначення інтервенцій на основі об'єктивних даних [2].

Сучасні підходи та напрями психологічного відновлення військовослужбовців характеризуються різноманіттям методів, кожен з яких має свою доказову базу та мішені впливу. Одним із найбільш поширених протоколів є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), зокрема її травма-фокусований варіант. Цей підхід спрямований на роботу з когнітивними викривленнями, пов'язаними з травмою (наприклад, переконаннями «світ небезпечний», «я нікчема», «це моя провина»). Через техніки когнітивної реструктуризації та експозиції (поступового контрольованого зіткнення зі спогадами) відбувається зниження тривожності та переоцінка травматичного досвіду. Іншим провідним методом є EMDR-терапія (десенсибілізація та переробка рухом очей). Вона базується на механізмі білатеральної стимуляції мозку, що сприяє прискоренню переробки заблокованої в пам'яті травматичної інформації. EMDR є особливо ефективним для роботи з інтрузивними симптомами та флешбеками, дозволяючи знизити емоційний заряд спогадів без необхідності детального вербального опису подій, що часто є важким для військових [5].

Тілесно-орієнтована терапія займає важливе місце в системі відновлення, оскільки бойовий стрес завжди має соматичний компонент. Хронічне м'язове напруження, неможливість розслабитися та дисоціація від тілесних відчуттів потребують роботи на рівні тіла. Методики, що включають релаксацію, дихальні вправи, роботу з м'язовими затисками та сенсомоторну корекцію, допомагають відновити саморегуляцію та відчуття безпеки у власному тілі. Групова

робота також є потужним інструментом відновлення. Групи взаємопідтримки за принципом «рівний-рівному» дозволяють подолати соціальну ізоляцію, нормалізувати симптоми (розуміння, що «зі мною все гаразд, це нормальна реакція на ненормальні події») та отримати підтримку від людей зі схожим досвідом. Групова динаміка сприяє відновленню довіри до людей та відпрацюванню навичок комунікації, які часто страждають унаслідок ПТСР.

Емпіричне дослідження проводилося з метою виявлення специфіки посттравматичних реакцій у військовослужбовців-учасників бойових дій та визначення на основі цих даних диференційованих мішеней психологічної роботи. Вибірку дослідження склали 89 військовослужбовців. Процедура дослідження передбачала добровільне анонімне тестування з використанням пакету діагностичних методик, центральне місце в якому посідала військова версія Міссісіпської шкали (M-PTSD), а також додаткові шкали для верифікації психоемоційного стану: шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна та методика «САН» (Самопочуття, Активність, Настрій). Вибір саме такого діагностичного комплексу був зумовлений необхідністю не лише констатувати наявність або відсутність ПТСР, а й зрозуміти, які супутні емоційні стани (тривога, виснаження, зниження настрою) супроводжують бойовий стрес у конкретній вибірці [3].

Первинний скринінг за результатами Міссісіпського опитувальника дозволив отримати загальну картину травматизації особового складу. Середнє арифметичне значення загального балу по вибірці складало 76,00 зі стандартним відхиленням 13,23. Цей показник знаходиться в зоні помірних значень, що свідчить про те, що загалом по групі спостерігається тенденція до накопичення бойового стресу, проте вона ще не досягла критичного рівня тотальної дезадаптації для більшості респондентів. Діапазон отриманих значень варіювався від мінімальних показників, характерних для норми, до високих балів, що однозначно вказують на наявність клінічно значущої симптоматики ПТСР.

На основі отриманих кількісних показників було проведено кластеризацію вибірки та виділено три групи військовослужбовців за ступенем тяжкості травматизації. Критерієм розподілу слугували стандартні нормативні межі шкали M-PTSD, адаптовані для скринінгу. До першої групи (низький рівень травматизації) увійшли військовослужбовці із сумарним балом менше 70.

Чисельність цієї групи складала 26 осіб, що становить 29,2% від загальної вибірки. Представники цієї групи демонструють збережену адаптацію, відсутність нав'язливих спогадів та стабільний психоемоційний фон. Їхній стан можна охарактеризувати як «умовна норма», що потребує лише підтримуючих заходів.

Друга група (середній рівень травматизації) виявилася найбільш чисельною – 47 осіб, або 52,8% вибірки. Показники цієї групи коливалися в межах від 70 до 89 балів. Це так звана «сіра зона» або група ризику. Військовослужбовці цієї категорії можуть не мати розгорнутої клінічної картини ПТСР, проте вже відчувають окремі симптоми: періодичні порушення сну, підвищену дратівливість, труднощі у спілкуванні або емоційне відчуження. Саме ця категорія є критично важливою для психологічної роботи, оскільки своєчасна інтервенція може запобігти розвитку розладу, тоді як ігнорування симптомів призведе до погіршення стану. Домінування цієї групи у вибірці вказує на те, що більшість військових перебуває у стані хронічного бойового стресу, який ще компенсується ресурсами психіки, але вже виснажує їх [5].

Третя група (високий рівень травматизації) об'єднала 16 військовослужбовців (18,0%), чий показник перевищили поріг у 89 балів. У цих респондентів фіксується виражена симптоматика: інтрузії, уникнення травматичних тригерів, високий рівень фізіологічного збудження. Аналіз симптомомокомплексів у цій групі показав, що високі бали за M-PTSD корелюють із підвищенням рівня особистісної тривожності (за методикою Спілбергера), що свідчить про глибину ураження: стрес перестав бути ситуативним і почав впливати на стійкі характеристики особистості. Цікавим є той факт, що навіть у групі з високим рівнем ПТСР показники «Настрою» за методикою САН не завжди були критично низькими (кореляція  $r = -0.07$ ), що може свідчити про феномен «функціонального ПТСР» або «усміхненої депресії», коли військовий намагається «тримати обличчя» і не визнає пригніченого стану, хоча об'єктивні показники травми є високими (табл. 1).

Результати діагностики стали підґрунтям для розробки матриці відповідності, яка дозволяє переходити від «сухих цифр» до конкретних реабілітаційних стратегій. Універсальний підхід у роботі з такою гетерогенною вибіркою був би помилковим, оскільки потреби військових з «низької» та «високої» груп кардинально відрізняються. Тому було запропоновано алгоритм

вибору мішеней психокорекції, що базується на балах опитувальника М-PTSD та їх співвідношенні з даними інших методик.

Для групи з високим рівнем травматизації (бали > 89) пріоритетним напрямом роботи визначено травма-фокусовану терапію та стабілізацію. Оскільки у цій групі зафіксовано найтісніший зв'язок із високою особистісною тривожністю, першочерговим завданням стає зниження рівня гіперактивації нервової системи. Матриця відповідності для цієї групи виглядає наступним чином: високі бали за субшкалами «вторгнення» та «збудження» індивідуальна робота методами EMDR (для переробки травматичного досвіду) та навчання навичкам саморегуляції (дихальні техніки, прогресивна м'язова релаксація). Групова терапія на початковому етапі для цієї категорії може бути протипоказана або застосовуватися з обережністю через ризик ретравматизації або високий рівень відчуження [8].

Для найчисельнішої групи середнього рівня (70–89 балів) валідизованим напрямом є когнітивно-поведінкова терапія в груповому форматі та тренінги стресостійкості. Діагностика показала, що у цієї категорії військовослужбовців симптоми часто носять характер дезадаптивних когнітивних установок («я змінився», «мене ніхто не розуміє») та проблем з комунікацією, при цьому рівень тривоги є помірним. Тому робота спрямовується на: 1) нормалізацію стану (психоедукація); 2) опрацювання почуття провини та гніву; 3) відновлення соціальних навичок. Вибір групового формату обґрунтовується потребою у соціальній підтримці та валідизації власного досвіду через побратимів, що дозволяє знизити відчуття ізоляції, яке часто фіксується у цій підгрупі [6].

Для групи низького рівня (<70 балів) основним напрямом визначено ресурс-орієнтовану терапію та декомпресію. Оскільки показники їхнього психоемоційного стану (САН) знаходяться в межах норми, глибоке психотерапевтичне втручання є недоцільним. Робота фокусується на зміцненні наявних копінг-стратегій, плануванні майбутнього та профілактиці вигорання. Алгоритм вибору тут базується на принципі «не нашкодь»: мінімальне

втручання з акцентом на пошук ресурсів для посттравматичного зростання, а не на копання в травмі.

Окремим пунктом обґрунтування є врахування кореляції з тривожністю. Оскільки аналіз даних показав, що М-PTSD значно сильніше корелює з особистісною тривожністю ( $r=0.31$ ), ніж з ситуативною ( $r=0.15$ ) чи показниками настрою, стратегія відновлення повинна бути спрямована не стільки на «підняття настрою» (розважальні заходи), скільки на роботу з глибинним відчуттям безпеки та контролю. Це означає, що методи релаксації та когнітивного переструктурування є більш валідними для цієї вибірки, ніж суто активізуючі або емоційно-експресивні методи.

Етап валідизації був спрямований на перевірку гіпотези про те, що диференційований вибір методів роботи на основі показників М-PTSD є більш ефективним та науково обґрунтованим, ніж інтуїтивний підхід. Валідизація проводилася методом статистичного аналізу взаємозв'язків (кореляційний аналіз) та перевірки конструктивної валідності обраних напрямів.

Статистичний аналіз підтвердив, що показники військової версії Міссісіпського опитувальника є надійним предиктором загального психологічного стану військовослужбовця. Було виявлено статистично значущий позитивний кореляційний зв'язок між загальним балом М-PTSD та рівнем особистісної тривожності за шкалою Спілберґера ( $r=0.31$ ). Це емпірично доводить, що зростання балів за шкалою ПТСР відображає реальне погіршення глибинних психологічних структур особистості (зростання тривожності як стійкої риси), а отже, вибір терапії, спрямованої на зниження тривоги (КПТ, релаксація), є валідним. Водночас слабкий кореляційний зв'язок із шкалами самопочуття та настрою ( $r=-0.23$  та  $r=-0.07$  відповідно) підтверджує важливий висновок: суб'єктивна оцінка військовим свого настрою («у мене все нормально») не може бути надійним критерієм для вибору допомоги, оскільки вона не відображає реального рівня травматизації. Це доводить перевагу об'єктивної діагностики за М-PTSD над суб'єктивним опитуванням при плануванні відновлення [7].

Таблиця 1

Узагальнені діагностичні профілі військовослужбовців за рівнями травматизації (N = 89)

Група (рівень травматизації)	Кількість (N)	Частка (%)	Середній бал М-PTSD	Особистісна тривожність (OT)*	Самопочуття (САН)**
Низький (<70 балів)	26	29.2%	62.00	40.84	4.87
Середній (70–89 балів)	47	52.8%	76.81	44.17	4.38
Високий (≥89 балів)	16	18.0%	96.38	47.06	4.37
Всього / Середнє	89	100%	76.00	44.02	4.54

Оцінка ефективності запропонованої моделі базується на принципі персоналізації. Порівняльний аналіз профілів груп ризику (High та Medium) показав, що застосування універсальних протоколів (наприклад, лише групової роботи для всіх) було б помилковим для 18% вибірки з високим рівнем травматизації, оскільки їхній рівень особистісної тривожності значно вищий за середній, і перебування в групі могло б викликати додатковий стрес. Натомість, виділення їх в окремих кластер для індивідуальної роботи дозволяє знизити ризик ретравматизації. Валідизація напрямів через кореляцію з рівнем тривожності (ОТ) дозволяє прогнозувати, що зниження балів за шкалою М-PTSD внаслідок терапії призведе і до зниження загального рівня тривожності, що є ключовим показником одужання (табл. 2).

**Висновки.** Таким чином, доказом ефективності персоналізованого вибору напряму є встановлений статистичний факт гетерогенності вибірки. Наявність трьох чітко окреслених груп з різними кореляційними плеядами (високий ПТСР пов'язаний з тривожністю, низький – з високим самопочуттям) підтверджує, що Міссісіпський опитувальник працює як точний інструмент сортування (тріажу). Використання його показників дозволяє економити ресурс психологів, не застосовуючи глибоку терапію до тих 29% військових, які її не потребують, і концентруючи зусилля на 53% групи ризику, поки їхній стан не перейшов у хронічну форму. Це підтверджує практичну цінність та валідність розробленої моделі диференційованого психологічного відновлення.

Таблиця 2

**Кореляційні зв'язки між рівнем бойової травматизації (М-PTSD) та психологічними показниками**

Психологічний показник (Шкала)	Коефіцієнт кореляції з М-PTSD (r)	Інтерпретація зв'язку та валідизація мішені
Особистісна тривожність (ОТ)	0.307	Помірний прямий. Найсильніший зв'язок. Підтверджує, що ПТСР трансформується у стійку рису особистості. Зниження тривожності є валідним маркером ефективності терапії.
Реактивна тривожність (РТ)	0.151	Слабкий прямий. Ситуативний стрес менше пов'язаний з глибиною травми, ніж особистісна схильність до тривоги.
Самопочуття (САН)	-0.228	Помірний зворотний. Чим вищий травматичний досвід, тим гірше фізичне самопочуття (соматизація).
Настрій (САН)	-0.067	Відсутній / Дуже слабкий. Суб'єктивний настрій не є надійним індикатором травми (феномен «маскування» симптомів).

**Список літератури:**

1. Асонов Д. О. Когнітивні та емоційні компоненти резилієнсу у ветеранів війни з травматичним ураженням головного мозку у віддаленому періоді. Київ, 2022. 220 с.
2. Варій М. Й. Психологія особистості : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 592 с.
3. Гриньова М. В., Кононова М. М. Саморегуляція навчальної діяльності та професійний розвиток студентської молоді : монографія. Полтава : Астроя, 2021. 384 с.
4. Грішин Е. О. Резильєнтність особистості: сутність феномену, психодіагностика та засоби розвитку. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2021. Вип. 64. С. 62–81. DOI: <https://doi.org/10.34142/23129387.2021.64.04> (дата звернення: 17.01.2026).
5. Дмишко О. Детермінанти та психологічні особливості локусу контролю особистості. *Наука і освіта*. 2008. № 8–9. С. 47–51.
6. Лесніченко Н. П. Гендерні особливості тілесного локусу контролю в юнацькому віці. Харків : ХНПУ імені Г. С. Сковороди, 2021. 216 с. URL: <https://dspace.hnpu.edu.ua/handle/123456789/9506> (дата звернення: 17.01.2026).
7. Максименко Ю. Б., Хімович Д. П. Локус контролю військовослужбовців в міжособистісних стосунках. *Actual methods of development of science and education : XIX International Scientific and Practical Conference. USA*, 2023. Р. 336.
8. Основи соціальної психології : підручник / П. П. Горностаї та ін. ; за ред. М. М. Слюсаревського. Київ : Талком, 2018. 580 с.
9. Предко В. Психологічні особливості взаємозв'язку життєстійкості та локусу контролю учасників освітнього процесу під час війни. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12 : Психологічні науки*. 2023. Вип. 21 (66). DOI: [https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series12.2023.21\(66\).07](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series12.2023.21(66).07) (дата звернення: 17.01.2026).

10. Прикладна психодіагностика в Національній гвардії України : метод. посіб. / О. С. Колесніченко та ін. ; за заг. ред. І. І. Приходька. Харків : НАНГУ, 2020. 388 с.

**Fedorenko Yu. A. Stasyuk V. V. VALIDATION OF PSYCHOLOGICAL RECOVERY DIRECTIONS FOR MILITARY PERSONNEL PARTICIPATING IN COMBAT ACTIONS BASED ON INDICATORS FROM THE MILITARY VERSION OF THE MISSISSIPPI QUESTIONNAIRE**

*The work is devoted to theoretical and empirical research on the psychological recovery of military personnel and scientific justification of the validity of diagnostic tools as predictors of therapeutic strategy selection. The work analyzes the phenomenology of combat mental trauma, which is considered a systemic destructive factor that causes the disintegration of the cognitive-emotional sphere of the personality and the formation of persistent pathopsychological symptom complexes. The relevance of the study is determined by the need to move from universal psychological recovery protocols to differentiated models based on objective metric data.*

*The empirical basis of the study consisted of the results of the diagnosis of 89 military personnel (N=89). The methodological tools included the military version of the Mississippi Scale (M-PTSD), the Spielberger-Hanin scale of personal and reactive anxiety, and the SAH questionnaire. Based on cluster analysis, the sample was stratified according to the severity of trauma into three groups: low (29.2%), medium (52.8%), and high (18.0%) levels of maladjustment.*

*The study found a statistically significant correlation ( $r=0.307$ ) between the integral PTSD indicator and the level of personal anxiety, which empirically confirms the transformational impact of combat experience on the deep structures of personality. At the same time, a phenomenon of dissociation between objective indicators of trauma and subjective assessment of mood was identified, which proves the low prognostic validity of self-report scales of well-being in the diagnosis of combat stress.*

*The scientific novelty of the work lies in the development and validation of the “Diagnostic Profile – Psychocorrectional Target” correspondence matrix. It has been proven that for respondents with a high trauma index ( $\geq 89$  points), the priority is the use of individual trauma-focused therapy (EMDR) and somatic stabilization methods to reduce hyperarousal. For the risk group (70–89 points), the feasibility of implementing cognitive-behavioral strategies in a group format to correct maladaptive attitudes has been substantiated. For the conditionally normal group, the effectiveness of resource-oriented approaches has been determined. The practical significance of the results lies in the creation of an algorithm that minimizes the risks of iatrogenesis and retraumatization, ensuring targeted prevention of the chronicity of disorders.*

**Key words:** *psychological recovery, combatants, post-traumatic stress disorder (PTSD), Mississippi Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire (M-PTSD), combat mental trauma, personal anxiety, psychological diagnosis, method validation, differentiated approach, psychocorrection.*

Дата першого надходження статті до видання: 18.01.2026

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 16.02.2026

Дата публікації (оприлюднення) статті: 27.03.2026