

УДК 159.9

DOI <https://doi.org/10.30970/PS.2025.26.19>

ПСИХОЛОГІЧНА ПРИРОДА БОЙОВОЇ ТРАВМИ У ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНОМУ ВИМІРІ

Вікторія Павловська-Кравчук

*Харківський національний університет внутрішніх справ,
пр. Льва Ландау, 27, м. Харків, Україна, 61080,
<https://orcid.org/0009-0004-9922-7228>
e-mail: pavlovskaaviktoria230@gmail.com*

Наталія Єгонська-Спенсер

*Інститут Транзакційного аналізу та Інтегративної психотерапії
вул. Оболонська, 29, м. Київ, Україна, 04071,
<https://orcid.org/0009-0007-9216-6014>
e-mail: nataliaspenser40@gmail.com*

Стаття присвячена теоретико-методологічному аналізу бойової психологічної травми як багаторівневого феномена, що постає у контексті тривалої збройної агресії проти України та зумовлює значні психосоціальні наслідки для військових і цивільних. Підкреслено, що бойова травма виходить за межі суто клінічних проявів, охоплюючи комплекс порушень адаптації, саморегуляції та інтеграції досвіду, а також морально-екзистенційні трансформації. Показано еволюцію наукових уявлень – від понять «shell shock» і «combat fatigue» до концепції посттравматичного стресового розладу та сучасних міждисциплінарних підходів, що поєднують психологічні, нейробіологічні та соціальні аспекти.

Обґрунтовано необхідність інтеграції психодинамічного, когнітивно-поведінкового, нейропсихологічного, гуманістичного та соціокультурного підходів у єдину модель розуміння бойової травми. Виокремлено ключові соціально-психологічні чинники, що впливають на її перебіг: рівень соціальної підтримки, згуртованість підрозділу, суспільне визнання військової місії, культурні та духовні ресурси. Показано, що брак підтримки й моральні конфлікти підвищують ризик хронічних проявів, тоді як ресурсне середовище сприяє адаптації та посттравматичному зростанню.

Запропоновано методологічну рамку, що передбачає перехід від симптомцентричних до ресурсно-екологічних підходів: раннє виявлення ризиків, розвиток резильєнтності, роботу з моральною травмою та мультиагентну підтримку. Окреслено пріоритети подальших досліджень: валідація інструментів оцінювання, масштабування доказових втручань, міжвідомча координація та підготовка фахівців, здатних працювати на стику клінічної, кризової та спільнотної психології. Представлена концептуальна модель покликана стати теоретичним підґрунтям для програм діагностики, психотерапії та реабілітації військовослужбовців, спрямованих на збереження психічного здоров'я, соціальну включеність і стійке функціонування у кризових умовах.

Ключові слова: бойова психологічна травма, посттравматичний стресовий розлад, моральна травма, бойовий стрес, резильєнтність, посттравматичне зростання, військовослужбовці.

У сучасних умовах тривалої збройної агресії проти України проблема бойової психологічної травми набуває особливої гостроти та міждисциплінарного значення. Збройний конфлікт спричинив масштабні психосоціальні наслідки, що охоплюють як безпосередніх учасників бойових дій, так і цивільне населення, формуючи нові виклики для системи психологічної допомоги, реабілітації та наукового осмислення феномену травматизації.

Бойова психологічна травма є складним і багаторівневим феноменом, який відображає порушення цілісності психічної системи особистості під впливом екстремальних факторів бойової обстановки. Її прояви виходять за межі суто клінічних порушень і охоплюють широкий спектр психологічних, соціальних та духовно-екзистенційних змін. У цьому контексті бойова травма постає не лише як процес руйнування механізмів саморегуляції, деформації ідентичності та втрати довіри до світу, а й як потенційний імпульс до переосмислення життєвого досвіду, формування нових смислів і цінностей.

Актуальність дослідження зумовлена тим, що у вітчизняній психології феномен бойової травми ще не набув цілісного теоретико-методологічного осмислення. У науковому дискурсі спостерігається фрагментарність у трактуванні її природи: від біологічного стресового розладу до морально-екзистенційної кризи. Це вимагає інтеграції різних наукових підходів, зокрема психодинамічного, когнітивно-поведінкового, гуманістичного, нейропсихологічного, системного та соціокультурного, що дозволяє побудувати цілісну модель розуміння бойової травми як психологічного феномена.

Теоретико-методологічний вимір дослідження бойової травми передбачає не лише аналіз її психічних механізмів, а й виявлення глибинних закономірностей функціонування особистості у межових, екстремальних умовах. Саме поєднання біопсихосоціальних і смислово-екзистенційних підходів відкриває нові горизонти у розумінні внутрішньої логіки травматичного досвіду, від фізіологічної реакції на загрозу до процесів руйнування, реконструкції й трансформації особистісного «Я».

Мета статті полягає у розкритті психологічної природи бойової травми в теоретико-методологічному вимірі, визначенні її сутності, структурних рівнів і провідних напрямів наукового осмислення, що створюють основу для подальших емпіричних досліджень і розроблення програм психологічної допомоги особам із бойовим досвідом.

Історія наукового вивчення психологічних наслідків війни бере свій початок із кінця 19 – початку 20 століття, коли медики та психіатри почали фіксувати незвичні симптоми у солдатів, що пережили бойові дії. Під час Першої світової війни з'явився термін «shell shock» (снарядний шок), уведений Чарльзом Майерсом, який використовувався для опису психічних реакцій військовослужбовців на вибухи, артилерійський вогонь і постійний страх смерті. Симптоматика цього явища включала тремтіння, тимчасову втрату мови, параліч, дисоціацію та афективні зриви. Тоді ж з'явилися перші спроби диференціювати соматичні та психогенні чинники походження травми, що заклало підґрунтя для розвитку воєнної психіатрії [8].

У період Другої світової війни поняття «combat fatigue» (бойова втома) та «war neurosis» (військовий невроз) набули широкого поширення у клінічній практиці союзних армій. Ці стани описувалися як реакції виснаження нервової системи внаслідок тривалої дії бойового стресу [7]. Психологічні дослідження того періоду вперше акцентували увагу не лише на патології, а й на факторах адаптації, зокрема на ролі згуртованості підрозділу, командного лідерства та підтримки середовища [6, с. 725].

Значний внесок у розуміння психологічних наслідків війни зробив Абрам Кардінер, який у своїй класичній праці «The Traumatic Neuroses of War» описав характерні симптоми травматичного неврозу, такі як нав'язливі спогади, нічні кошмари, підвищена тривожність та соматичні розлади [9]. Саме Кардінер уперше запропонував розглядати травму як системне порушення механізмів адаптації та саморегуляції особистості, що виходить за межі звичайних емоційних реакцій.

Війна у В'єтнамі стала переломним етапом у розвитку теорії травматичних розладів. Досвід ветеранів, повернення яких супроводжувалося суспільною стигматизацією, відсутністю підтримки та моральними дилемами, стимулював появу поняття «post-

traumatic stress disorder» (посттравматичний стресовий розлад). Завдяки працям Роберта Ліфтона [11] і Джонатана Шея [14] феномен травми почали трактувати не лише у клінічному, а й у морально-екзистенційному вимірі.

Сучасні дослідження бойової травми охоплюють широкий спектр питань, включаючи нейробіологічні механізми травматизації [16, с. 21], феномени коморбідності з депресією, залежностями та соматоформними розладами, а також проблематику моральної травми та посттравматичного зростання [12, с. 695].

Отже, еволюція наукового розуміння бойової психологічної травми відображає поступовий перехід від біомедичної інтерпретації до цілісного психосоціального та екзистенційного підходу, у центрі якого перебуває не лише симптоматика, а й глибинні механізми переживання, сенсотворення та відновлення особистості після впливу екстремальних подій.

У сучасній науковій літературі бойова психологічна травма розглядається як особливий вид психічної травми, що виникає внаслідок безпосереднього або опосередкованого впливу екстремальних факторів бойової обстановки. Вона характеризується глибоким порушенням механізмів адаптації, саморегуляції та інтеграції досвіду, що призводить до системних змін у когнітивній, емоційній і поведінковій сферах особистості [15].

За визначенням Куша А. М., бойова психологічна травма (БПТ) – це «деформація психологічних механізмів саморегуляції та прорив бойовим стрес-фактором захисту психіки особистості» [1, с. 77]. Такий підхід відповідає сучасним уявленням про травму як феномен порушення внутрішньої цілісності суб'єкта внаслідок неможливості переробити травматичний досвід у звичайних психологічних межах.

У дослідженнях Блінова О. А. наголошується, що під впливом бойового стресу особистість військовослужбовця зазнає глибоких деформацій, які проявляються у вигляді порушень когнітивної, емоційної та поведінкової регуляції [1, с. 78]. Автор підкреслює, що такі зміни часто набувають характеру психогенних втрат, які виявляються у дезадаптивних реакціях, порушенні бойового потенціалу, зниженні мотивації, зміні ціннісно-сміслової системи особистості. Подібні явища описані і в західних джерелах, де акцент робиться на «erosion of moral coherence» – ерозії моральної цілісності, що веде до формування моральної травми [12, с. 700; 14].

Концепція «combat stress reaction» (реакція на бойовий стрес), розроблена у військовій психології США та Ізраїлю, описує гостру реакцію на бойові ситуації, яка проявляється у формі емоційного виснаження, дезорієнтації, тимчасової втрати контролю чи «вимкнення» психічних функцій. Це поняття частково корелює з історичним терміном «shell shock» часів Першої та Другої світових воєн, але водночас розглядає стрес не як прояв слабкості, а як адаптивну реакцію нервової системи на надмірне навантаження [2, с. 85].

Сучасне розуміння бойової психологічної травми інтегрує класичні уявлення про стрес як біологічну відповідь із психодинамічними, когнітивними та екзистенційними підходами. Вона розглядається не лише як наслідок травматичної події, а як процес взаємодії між особистісними ресурсами, моральними орієнтирами та соціальним контекстом, у якому розгортається бойовий досвід [13, с. 227].

Відповідно до діагностичних критеріїв DSM-5 (American Psychiatric Association) та ICD-11 (World Health Organization), бойові психічні травми можуть проявлятися у межах спектра стресових розладів – від короточасних реакцій до хронічних посттравматичних станів. За часом виникнення і тривалістю симптомів розрізняють:

1. Гострі бойові стресові реакції (Acute Combat Stress Reaction) – короточасні, переважно функціональні порушення психіки, які тривають від кількох годин до 48 годин

після травмувальної події. Такі реакції характеризуються дезорієнтацією, тремором, тимчасовим зниженням когнітивного контролю та афективною лабільністю.

2. Гострий стресовий розлад (Acute Stress Disorder) – розлад, що розвивається протягом перших 2-28 днів після травматичної події і проявляється інтенсивними емоційними, дисоціативними та соматовегетативними реакціями.

3. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – стійкий психічний стан, у якому симптоми тривають понад 1 місяць і включають нав'язливі спогади, уникнення стимулів, підвищену настороженість, порушення сну, почуття провини та відчуження.

4. Хронічний ПТСР – форма з тривалістю понад 3 місяці, що часто супроводжується депресивними, тривожними і психосоматичними проявами, а також ризиком розвитку залежностей [3].

Окрім часової класифікації, важливим є поділ бойових травм за характером психотравмувального впливу, який визначає їхню якісну специфіку:

1. Травми, пов'язані із загрозою життю або фізичній цілісності, що спричиняють виражений страх, безпорадність або жах.

2. Травми свідка, пов'язані з безпосереднім спостереженням за смертю або пораненням інших.

3. Травми дії, що виникають унаслідок участі в насильницьких діях, які суперечать моральним або гуманістичним переконанням людини – так звані моральні травми (moral injury).

4. Травми втрати, пов'язані зі смертю товаришів по службі або руйнуванням значущих соціальних зв'язків [12, с. 700].

У межах вітчизняного наукового поля Блінов О. А. запропонував класифікацію бойових психічних травм на основі клінічних спостережень та аналізу психогенних втрат, що дозволяє окреслити провідні напрями психокорекційної роботи та психологічної реабілітації військовослужбовців [2, с. 90].

Сучасне розуміння бойової психологічної травми ґрунтується на поєднанні кількох теоретичних підходів, що відображають різні рівні функціонування людини – біологічний, психологічний та соціальний. Ці моделі пояснюють, яким чином травматичний досвід війни порушує цілісність психіки, процеси регуляції та інтеграції особистісного досвіду.

Згідно з нейробіологічним підходом, посттравматичний стресовий розлад є наслідком порушення роботи нейромедіаторних систем і нейроендокринної регуляції. Під впливом бойового стресу спостерігається гіперактивація катехоламінів, серотонінергічної та опіоїдної систем, що викликає реакцію «бий або тікай». Тривала дія стресу призводить до виснаження опіоїднергічної системи, порушення регуляції кортизолу, зменшення об'єму гіпокампу та гіперактивності мигдалеподібного тіла. Ці процеси зумовлюють симптоми тривожності, агресивності, розлади сну, емоційну нестабільність і схильність до залежностей [16, с. 24].

Психодинамічний підхід бачить травму як конфлікт між пережитою загрозою та можливістю її інтеграції у «Я». Представники когнітивної психології пояснюють розвиток травми через спотворення процесів обробки інформації. На думку Елерс і Кларка ПТСР формується внаслідок помилкової інтерпретації травматичної події як триваючої загрози, що підтримує стан постійної напруги. Фоа і Ротбаум у своїй теорії емоційної переробки підкреслюють роль умовно-рефлекторних зв'язків, які призводять до уникнення ситуацій, нагадувань про травму та нав'язливого відтворення спогадів [5, с. 323]. Таким чином, поведінкові реакції (уникнення, гіперпильність) і когнітивні викривлення (почуття провини, зниження контролю) підтримують симптоми ПТСР навіть після зникнення реальної загрози.

Інтегративний підхід поєднує біологічні, психологічні та соціальні аспекти травми. Вона розглядає бойову травму як результат комплексного впливу стресових факторів, нейрохімічної дезрегуляції, особистісної вразливості та соціального контексту. У межах моделі Гобфолла про «збереження ресурсів» травматизація трактується як втрата або загроза втрати життєво важливих ресурсів – фізичних, емоційних, соціальних і духовних. Згідно з цією моделлю, відновлення після бойової травми передбачає не лише лікування симптомів, а й відновлення сенсу, стосунків і моральної цілісності особистості [13, с. 229].

Таким чином, сучасні теоретичні моделі не розглядають бойову травму як суто клінічний розлад, а як багатовимірний феномен, у якому переплітаються біологічні реакції, емоційні конфлікти, когнітивні процеси та соціальні детермінанти. Саме інтегративний підхід створює основу для розробки ефективних програм психопрофілактики та реабілітації військовослужбовців, що пережили травматичний досвід війни.

Нейропсихологічні дослідження останніх десятиліть доводять, що бойовий стрес спричиняє істотні зміни у функціонуванні центральної нервової системи. Під впливом травматичних подій активується симпатична нервова система, що супроводжується підвищенням рівня катехоламінів (адреналіну, норадреналіну) у крові. Цей механізм запускає фізіологічну реакцію «бий або тікай», яка у короткостроковій перспективі виконує адаптивну функцію, але при тривалому впливі може призвести до виснаження нервової системи [16, с. 27].

Ключову роль у формуванні стресової відповіді відіграє гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникова вісь, що регулює синтез кортизолу – основного гормону стресу. Хронічна активація цієї системи зумовлює порушення гормонального гомеостазу, що асоціюється з розвитком тривожних, депресивних і психосоматичних розладів [15].

Нейровізуалізаційні дослідження демонструють, що травматичний досвід спричиняє структурні та функціональні зміни у мозку:

- зменшення об'єму гіпокампу, який відповідає за консолідацію пам'яті;
- гіперактивність амігдали, що контролює емоційні реакції, зокрема страх;
- зниження активності префронтальної кори, яка забезпечує когнітивний контроль і регуляцію емоцій [4, с. 446].

Такі зміни пояснюють появу нав'язливих спогадів, гіперпильності, афективних спалахів і труднощів з емоційною саморегуляцією – характерних симптомів посттравматичного стресового розладу.

До провідних факторів зриву адаптації належать невідповідність бойової підготовки реальним умовам, хронізація травматичної ситуації, втрата смислової орієнтації, брак підтримки та позитивної мотивації. Емоційна сфера при цьому є найуразливішою: на ранніх етапах емоції виконують компенсаторну функцію, однак при надмірному навантаженні стають патогенетичним чинником. Типологія страху – біологічного, дезінтеграційного та соціального – відображає ступінь конфлікту аферентних систем, що призводить до дезінтеграції когнітивних процесів та афективної розбалансованості.

Когнітивно-поведінкові моделі розглядають бойову травму як результат формування патологічних умовно-рефлекторних зв'язків і викривлених когнітивних схем. Під впливом емоційної напруги травматичні спогади зберігаються у фрагментарній, сенсорній формі, що ускладнює їх інтеграцію у цілісний життєвий наратив. У досвідчених військових спостерігається явище когнітивної імунізації – стійкість до сприйняття загрози, тоді як у менш підготовлених осіб підвищується ризик дисоціації, афективного зриву та регресивної поведінки [5, с. 330].

Психодинамічний компонент посттравматичного стресового розладу у когнітивній парадигмі тлумачиться як виснаження ресурсів інтрапсихічної обробки, що провокує внутрішній конфлікт і коливання між запереченням і прийняттям травми. Таким чином, уникнення нагадувань про травму і нав'язливе відтворення спогадів є двома сторонами одного механізму – спроби знизити емоційний дистрес.

Соціально-психологічні фактори істотно впливають на перебіг і глибину бойової травматизації. Найбільш значущими серед них є:

1. Соціальна підтримка. Її дефіцит є провідним предиктором розвитку посттравматичного стресового розладу. Солдати, які мають міцні соціальні зв'язки та отримують підтримку з боку сім'ї, побратимів і суспільства, демонструють вищий рівень стресостійкості.

2. Групова згуртованість. Висока згуртованість підрозділу виступає захисним чинником, зменшуючи ризик дезадаптації, оскільки почуття приналежності й довіра формують колективну емоційну регуляцію.

3. Суспільне визнання. Позитивне ставлення суспільства до військової місії сприяє формуванню відчуття значущості, тоді як суспільна зневага чи байдужість можуть посилювати моральну травму та екзистенційні конфлікти.

4. Культурні та релігійні чинники. Культурні норми та духовні переконання визначають способи інтерпретації травматичного досвіду. Релігійна віра та ритуали можуть виконувати функцію психологічного буфера, сприяючи відновленню внутрішньої цілісності [10, с. 89]. Блінов О. А. також зазначає позитивний зв'язок між релігійною вірою та ефективністю подолання бойового стресу [2, с. 94].

Проведений теоретичний аналіз дає підстави розглядати бойову психологічну травму як багатовимірний феномен, що формується у перетині біологічних, психологічних і соціокультурних детермінант та водночас має виразний смислово-екзистенційний вимір. Інтеграція нейробіологічних механізмів стресової відповіді, когнітивних викривлень, психодинамічних процесів і соціальних умов дозволяє описати внутрішню логіку травматичного досвіду від первинного порушення регуляції до реконфігурації ідентичності. У цьому контексті посттравматичний стресовий розлад не вичерпує зміст феномену, оскільки він охоплює також моральну травму, трансформацію ціннісно-сислової системи та зміни у міжособистісних зв'язках.

Теоретико-методологічний підхід, який поєднує біопсихосоціальну і смислово-екзистенційну оптику, виявився продуктивним для систематизації класифікацій, механізмів і чинників уразливості та стійкості. Такий підхід створює концептуальну основу для практичних рішень у сфері діагностики, психотерапії і реабілітації. Йдеться про необхідність раннього виявлення ризиків, індивідуалізації терапевтичних маршрутів з урахуванням коморбідності, розвитку програм підвищення резильєнтності, а також про роботу з моральною травмою як окремим вектором допомоги, що потребує етичної, духовної і групової підтримки.

З огляду на тривалий збройний конфлікт в Україні пріоритетами подальших досліджень і впроваджень мають стати валідація інструментів оцінювання для військового і цивільного контингентів, масштабування доказових втручань у системах охорони здоров'я та секторі безпеки, міжвідомча координація послуг і підготовка фахівців, здатних працювати на стику клінічної, кризової і спільнотної психології. Перспективним напрямом є також вивчення умов посттравматичного зростання і факторів, що підтримують відновлення моральної цілісності та соціальної включеності. Таке поєднання наукової рефлексії і прикладних рішень формує підґрунтя для стійкої системи психологічної підтримки осіб з бойовим досвідом.

Список використаної літератури

1. Блінов О. А. Особливості прояву бойового стресу і посттравматичних стресових розладів у різних категорій військовослужбовців. Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи : збірник наукових праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Северодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля. 2021. № 3 (56). Т. 2. С. 77-88. URL: http://tppjournal.com.ua/n56y2k21_tom_2_a7.html
2. Блінов, О. А. Переживання бойового стресу військовослужбовцями підрозділів і тих, хто лікується в госпіталі. Психологія і особистість. 2022. № 1 (21). С. 85-99. DOI: <https://doi.org/10.33989/2226-4078.2022.1.252055>
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington, VA : American Psychiatric Publishing, 2013. 947 p. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
4. Bremner, J. D. Traumatic stress: Effects on the brain. Dialogues in Clinical Neuroscience. 2006. Vol. 8, No. 4. P. 445-461. DOI: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2006.8.4/jbremner>
5. Ehlers, A., & Clark, D. M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behaviour Research and Therapy. 2000. Vol. 38, No. 4. P. 319-345. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
6. Glass, A. J. Psychotherapy in the Combat Zone. American Journal of Psychiatry, 1954. Vol. 110, No. 10. P. 725-731. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.110.10.725>
7. Grinker, R. R., Spiegel, J. P. Men under Stress. Philadelphia: Blakiston Company, 1945. 342 p. DOI: <https://doi.org/10.1037/10784-000>
8. Jones, E., Wessely, S. Shell Shock to PTSD: Military Psychiatry from 1900 to the Gulf War. Hove; New York: Psychology Press, 2005. 320 p. DOI: <https://doi.org/10.4324/9780203086827>
9. Kardiner A. The Traumatic Neuroses of War. Washington, D.C.: National Research Council, Division of Anthropology and Psychology. 1941. 258 p.
10. King, L. A., King, D. W., Vogt, D. S., Knight, J., & Samper, R. E. Deployment Risk and Resilience Inventory: A collection of measures for studying deployment-related experiences of military personnel and veterans. Military Psychology. 2006. Vol. 18, No. 2. P. 89-120. DOI: https://doi.org/10.1207/s15327876mp1802_1
11. Lifton R.J. Home from the War: Vietnam Veterans. Neither Victims nor Executioners. New York: Simon & Schuster. 1973. 478 p.
12. Litz B. T., Stein N., Delaney E., Lebowitz L., Nash W. P., Silva C., Maguen S. Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy. Clinical Psychology Review. 2009. Vol. 29, No. 8. P. 695-706. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003>
13. Masten, A. S. Ordinary magic: Resilience processes in development. American Psychologist. 2001. Vol. 56, No. 3. P. 227-238. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227>
14. Shay J. Achilles in Vietnam: Combat Trauma and the Undoing of Character. New York: Atheneum, 1994. 246 p.
15. Van der Kolk, B. A. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. New York: Viking, 2014. 464 p. URL: <https://ia601604.us.archive.org/35/items/the-body-keeps-the-score-pdf/The-Body-Keeps-the-Score-PDF.pdf>
16. Yehuda R., LeDoux J. Response variation following trauma: a translational neuroscience approach to understanding PTSD. Neuron. 2007. Vol. 56, No. 1. P. 19-32. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2007.09.006>

THE PSYCHOLOGICAL NATURE OF COMBAT TRAUMA IN THEORETICAL AND METHODOLOGICAL DIMENSION

Viktoriia Pavlovska-Kravchuk

*Kharkiv National University of Internal Affairs,
27, Lva Landau Ave., Kharkiv, Ukraine, 61080
<https://orcid.org/0009-0004-9922-7228>
e-mail: pavlovskaviktorija230@gmail.com*

Nataliia Yehonska-Spencer

*Institute of Transactional Analysis and Integrative Psychotherapy,
29, Obolonska St., Kyiv, Ukraine, 04071
<https://orcid.org/0009-0007-9216-6014>
e-mail: nataliaspencer40@gmail.com*

The article is devoted to the theoretical and methodological analysis of combat psychological trauma as a multilayered phenomenon arising in the context of the prolonged armed aggression against Ukraine, which has caused significant psychosocial consequences for both military personnel and civilians. It is emphasized that combat trauma extends beyond purely clinical manifestations, encompassing a complex of disruptions in adaptation, self-regulation, and experience integration, as well as moral and existential transformations. The evolution of scientific understanding is traced – from the notions of “shell shock” and “combat fatigue” to the concept of post-traumatic stress disorder and contemporary interdisciplinary approaches that integrate psychological, neurobiological, and social aspects.

The article substantiates the need to integrate psychodynamic, cognitive-behavioral, neuropsychological, humanistic, and sociocultural approaches into a unified model of understanding combat trauma. Key socio-psychological factors influencing its course are identified: the level of social support, unit cohesion, societal recognition of the military mission, and cultural and spiritual resources. It is shown that lack of support and moral conflicts increase the risk of chronic manifestations, whereas a resource-rich environment promotes adaptation and post-traumatic growth.

A methodological framework is proposed that shifts the focus from symptom-centered to resource-ecological approaches: early risk detection, resilience development, work with moral injury, and multi-agent support. The priorities for further research are outlined: validation of assessment tools, scaling up of evidence-based interventions, interagency coordination, and training of specialists capable of working at the intersection of clinical, crisis, and community psychology. The presented conceptual model is designed to serve as a theoretical foundation for diagnostic, psychotherapeutic, and rehabilitation programs for military personnel aimed at preserving mental health, fostering social inclusion, and ensuring stable functioning in crisis environments.

Key words: combat psychological trauma, post-traumatic stress disorder, moral injury, combat stress, resilience, post-traumatic growth, military personnel.

Дата першого надходження рукопису до видання: 23.10.2025

Дата прийнятого до друку рукопису після рецензування: 24.11.2025

Дата публікації: 26.12.2025