ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УНІВЕРСИТЕТ ЕКОНОМІКИ ТА ПРАВА «КРОК»
Навчально-науковий інститут психології

Кафедра психології

Сокур Ірина Станіславівна

Кваліфікаційна робота

Психологічна реабілітація воїнів після повернення у цивільне життя

053 «Психологія»

«Екстремальна та кризова психологія»

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр

Кваліфікаційна робота містить результати власних доробок. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело І. С.Сокур

Науковий керівник (консультант) Сингаївська Ірина Валентинівна,
кандидат психологічних наук, професор

Київ – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП ... 3

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВОЇНІВ ... 8

1.1. Ключові аспекти психологічної реабілітації воїнів ... 8

1.2. Соціально-психологічна адаптація воїнів при поверненні з фронту ... 15

1.3. Вплив бойового стресу на психологічний стан та життєстійкість військовослужбовців ... 21

1.4. Моделі психореабілітаційного процесу ... 26

Висновки до розділу 1 ... 33

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВОЇНІВ ПІСЛЯ ПОВЕРНЕННЯ У ЦИВІЛЬНЕ ЖИТТЯ ... 35

2.1. Методологічне обґрунтування дослідження ... 35

2.2. Організація та методики дослідження психологічної реабілітації військових ... 42

2.3. Результати дослідження психологічної реабілітації воїнів з фронту у цивільне життя ... 50

Висновки до розділу 2 ... 68

РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ ПІДВИЩЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ТА ЖИТТЄСТІЙКОСТІ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ ... 71

3.1. Програма підвищення соціально-психологічної адаптації воїнів ... 71

3.2. Рекомендації щодо підвищення адаптації та життєстійкості воїнів ... 89

Висновки до розділу 3 ... 103

ВИСНОВКИ ... 106

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ... 113

ДОДАТКИ ... 125

ВСТУП

Актуальність роботи. Психологічна реабілітація воїнів після повернення з бойових дій у цивільне життя є критично важливим аспектом забезпечення їхнього психічного здоров'я та гармонійної інтеграції в цивільний соціум. Після перебування в умовах підвищеного ризику, постійної загрози життю та впливу стресових подій військовослужбовці стикаються з численними труднощами, зокрема з емоційною нестабільністю, втратами, зміною системи цінностей і складнощами в адаптації до зміненого соціального контексту.

Важливу роль у реабілітаційному процесі відіграє життєстійкість як психологічний ресурс, що дозволяє зберігати цілісність особистості та відновлювати внутрішню рівновагу попри пережиті екстремальні події. Водночас ефективна соціально-психологічна адаптація потребує опрацювання нових життєвих сценаріїв, переосмислення соціальних ролей та налагодження міжособистісних зв'язків, які часто порушуються внаслідок впливу бойового досвіду.

Бойовий стрес, накопичений під час служби, чинить тривалий вплив на емоційний стан, поведінку та сприйняття реальності, що ускладнює процес адаптації та повернення до повноцінного життя. Без належного наукового обґрунтування та системної підтримки реабілітаційні заходи можуть бути неефективними або короткотривалими.

Воїн, що повертається із поля бою не повинен залишатися наодинці зі своїми проблемами. Держава та суспільство мають гідно зустріти свого Захисника у цивільному житті.

Таким чином, дослідження психологічної реабілітації військовослужбовців з урахуванням рівня життєстійкості, особливостей соціально-психологічної адаптації та впливу бойового стресу є надзвичайно актуальним як з теоретичної, так і з практичної точки зору, оскільки воно сприяє формуванню цілісного підходу до підтримки ветеранів у цивільному житті.

Дослідження психореабілітації військових активно розвивають О. Блінов, О. Борисова та Ю. Бриндіков (2018). О. Блінов (2022) пропонує комплексні моделі, включаючи психоедукацію та роботу з травмами. О. Борисова (2023) створила модель «Діамант самоцінності», яка допомагає ветеранам покращити самооцінку та адаптацію. Ю. Бриндіков (2018) акцентує на етапному підході до реабілітації та роботі з емоціями. У сфері психосоціальної підтримки ветеранів працюють В. Горбунова (2023), Н. Дідік (2024), їхні розробки спрямовані на соціальну інтеграцію та зниження емоційного навантаження. Проблеми адаптації військових досліджують С. Довбиш (2024), О. Кокун (2023), К. Майстренко та С. Леженко (2024). Їхні роботи зосереджені на інтеграції військових у мирне життя через сімейну підтримку та когнітивно-поведінкові втручання. Питання бойової травми та стресу вивчають О. Кудренко та В. Афанасенко (2018), Л. Магдисюк та А. Мельник (2021). Вони аналізують прояви бойового стресу, стрес-факторів та пропонують методики раннього втручання і терапії. Реабілітаційні підходи узагальнюють Р. Попелюшко (2023), Т. Титаренко (2022), акцентуючи на сімейній підтримці, комплексних програмах та роботі з внутрішніми конфліктами.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні чинники, що впливають на ефективність реабілітації воїнів після повернення у цивільне життя.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми психологічної реабілітації воїнів та визначити основні моделі психореабілітаційного процесу.

2. Теоретично визначити соціально-психологічну адаптацію як чинник психореабілітації воїнів та обґрунтувати вплив бойового стресу на психологічний стан та життєстійкість військових.

3. Емпірично дослідити психологічні чинники, що впливають на ефективність реабілітації воїнів після повернення у цивільне життя.

4. Розробити програму підвищення соціально-психологічної адаптації та рекомендації щодо підвищення адаптації та життєстійкості воїнів.

Об`єкт дослідження – процес психологічної реабілітації.

Предмет дослідження – психологічні чинники реабілітації військовослужбовців.

Методи дослідження. Для досягнення мети та реалізації завдань було використано комплекс теоретичних методів – аналіз, синтез, узагальнення, систематизація, порівняння для розкриття сутності та визначення базових понять досліджуваної проблеми, структурування; емпіричні – анкетування, бесіда, клінічне інтерв'ю, психодіагностичні методики; кількісної обробки даних – визначення середніх значень, відсоткових співвідношень, стандартних відхилень, похибки середнього значення, коефіцієнт кореляції К. Пірсона для виявлення лінійних зв'язків між досліджуваними показниками та коефіцієнт ϕ (фі) для оцінки зв'язку між двома дихотомічними (бінарними) змінними.

Для емпіричного дослідження застосовано: *«Струтктуроване клінічне інтерв'ю» О. Кокуна* для діагностики психологічного стану військових; *опитувальник «Соціально-психологічної адаптації» К. Роджерса та Р. Даймонд*, що вимірює рівень особистісної та соціальної адаптації в нових умовах; ш*кала «Життєстійкості» К. Коннора та Дж. Девідсона*, що оцінює індивідуальний рівень психологічної стійкості до стресу та здатність до відновлення; «*Госпітальна шкала тривоги та депресії» (HADS)*, що дає змогу оцінити рівень тривожності та депресії у людей без соматичних захворювань, *шкала «PCL-5»* для визначення наявності та вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу (згідно з DSM-5).

Обробка отриманих даних здійснювалася за допомогою пакета статистичних програм для SPSS 13.0 for Windows та пакета програм Microsoft Office for Windows XP Professional.

Наукова новизна одержаних результатів:

уперше:

- розроблено програму підвищення соціально-психологічної адаптації, що базується на інтегративно системно-ціннісному підході та розроблено рекомендації щодо підвищення адаптації та життєстійкості воїнів;

удосконалено:

- підходи до психореабілітації воїнів шляхом інтеграції сформованої поліструктурної діагностичної моделі оцінки життєстійкості, соціально-психологічної адаптації, проявів ПТСР та рівню тривожно-депресивних станів в єдину діагностично-корекційну систему;

дістали подальшого розвитку:

- теоретичні уявлення щодо шляхів оптимізації реабілітаційного процесу військовослужбовців у цивільне життя.

Теоретичне значення одержаних результатів полягає в розширенні наукових знань про психологічну реабілітацію воїнів після повернення у цивільне життя, а також у вивченні психологічних процесів, що впливають на адаптацію ветеранів до нових умов. Дослідження сприяє розширенню розуміння впливу бойового стресу та психотравматичного досвіду на життєстійкість ветеранів.

Практичне значення полягає у вивченні психологічних особливостей адаптації військових, що дозволить створити індивідуалізовані підходи до допомоги кожному воїну, сприяючи його гармонійній інтеграції в соціум. Розроблена програма, що поєднує клінічно обґрунтовані техніки психокорекції з елементами соціально-педагогічної реінтеграції, є придатною до використання у центрах психологічної реабілітації, військових госпіталях, громадських організаціях ветеранів, а також у межах індивідуального консультування.

Експериментальна база дослідження: Київська міська клінічна лікарня №4.

Вибірка дослідження: 62 військовослужбовця, що проходили лікування та реабілітацію після отриманих бойових поранень.

Апробація результатів дослідження: Сингаївська І., Сокур І. Психологічна реабілітація воїнів після повернення у цивільне життя. *Вчені записки Університету «КРОК»* №3(79), 2025. С. 421–428. DOI: https://doi.org/10.31732/2663-2209-2025-79-421-428

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (100 найменувань) та додатків. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи – 137 сторінок, основний обсяг – 113 сторінок. Робота містить 9 таблиць, 5 додатків (на 10 сторінках).

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВОЇНІВ

1.1. Ключові аспекти психологічної реабілітації воїнів

С. Лєбєдєва, Я. Овсяннікова та Д. Похілько [38] наголошують, що проблеми збереження психологічного здоров'я військових були актуальні ще під час Першої світової війни. Тоді вперше з'явилися терміни на кшталт «синдром війни» та «синдром того, хто вижив», які стосувалися психологічних наслідків військових травм. Відтоді почалися пошуки методів реабілітації, спрямованих на відновлення повноцінного життя у мирному суспільстві. Попри значний досвід у цій сфері, досі залишається чимало спірних питань щодо ефективних методів та підходів до допомоги.

Наразі в Україні триває війна, і мільйони людей зазнають травматичних подій. Тому створення ефективної системи психологічної реабілітації є одним із ключових завдань сьогодення.

Досвід американських програм реабілітації демонструє, що перед поверненням додому солдати проходять спеціальні курси адаптації до мирного життя. Ветерани залишаються на базі, де беруть участь у програмах реабілітації, а лише після цього повертаються до своїх родин [80].

В Україні ж військові часто одразу повертаються додому, де їхнє оточення не завжди готове їх прийняти. Тому важливо, щоб не лише солдати, а й їхні родини, зокрема дружини, проходили власний процес трансформації. Спільна робота допомагає подружжю знайти нові смисли та стати сильнішими [89].

Українські військові демонструють надзвичайну силу духу. На думку американських та європейських експертів, вони відзначаються високим рівнем психологічної стійкості та готовністю брати відповідальність за власне життя. Завдяки свідомості вони знаходять способи вистояти навіть у найважчих умовах [83].

Згідно з дослідженнями О. Фуштей та І. Саранчі [73], під час переживання травматичного досвіду важливою складовою є аналіз власних емоцій та переживань. Їхній зміст, динаміка та інтенсивність стають ключем до ідентифікації психологічних проблем. Робота з переживаннями визначена одним із головних методів корекції поведінки та відновлення особистості, яка зазнала впливу воєнних подій.

О. Блінов [7] наголошує, що практичний досвід у сфері психологічної реабілітації підтверджує її багаторівневий та багатофакторний характер. Реабілітація потребує значного часу, енергетичних ресурсів й залучення фахівців із різних галузей.

На думку Р. Попелюшко [49], психологічна реабілітація включає комплекс заходів – психофізіологічних, психотерапевтичних, організаційних та медичних, – спрямованих на відновлення порушених чи втрачених психічних функцій, а також на корекцію соціального статусу військових, які зазнали бойових психологічних травм.

Реабілітація реалізується через низку напрямів: організаційна робота, психопрофілактика, психодіагностика, психологічне консультування, психокорекція, психотерапевтичні впливи, а також робота з родинами військових. Р. Попелюшко [50] обґрунтував психолого-аксіологічний підхід до вивчення особистості військових, що включає системний опис їхніх психолого-фізіологічних та ціннісних характеристик, а також умов формування їхньої індивідуальності як унікальної цілісності буття.

За В. Сапігою [57], реабілітація після бойових дій зосереджується на подоланні психологічних наслідків, включаючи інформування військовослужбовців про можливі ускладнення, діагностику психічного стану, консультації та спеціалізовану підтримку. Вона також передбачає використання методів, що прискорюють відновлення психічного стану.

У випадках, коли процес відновлення заблокований або потребує втручання фахівців, застосовують організований психологічний вплив. Метою таких заходів є повернення військовослужбовця до стану, який

дозволяє виконувати службові та бойові завдання. Така реабілітація може бути частиною медико-психологічного процесу і включає роботу з пораненими, контуженими, а також тими, хто має психічні розлади [99].

Психологічна реабілітація нерідко доповнюється медичною та соціальною допомогою, особливо для військовослужбовців із загостреннями відтермінованих реакцій на стрес або іншими психологічними розладами. Раннє та повне надання психологічної допомоги зменшує ризик серйозних ускладнень [93].

За М. Хорошенко [74], ключовим фактором ефективної психологічної допомоги є організація діяльності військовослужбовців після повернення з бойових завдань. Разом із тим, процес реабілітації залежить від переживань, пов’язаних із бойовим досвідом, включаючи моральну відповідальність за загибель товаришів, супротивників чи мирного населення, перебування у полоні чи оточенні ворога.

За Н. Пророк, психологічна реабілітація охоплює такі напрями послуг [52]:

1. Психологічна діагностика – оцінювання поточного психічного стану та індивідуальних особливостей особистості, спостереження психічного стану, визначення потреб і вибір необхідних методів реабілітації.

2. Психологічна просвіта – надання знань про роботу психіки, поведінку в екстремальних умовах, розвиток та опанування навичок самоконтролю, самодопомоги та першої психологічної підтримки. Також сюди входить стимулювання готовності до отримання професійної допомоги за потреби.

3. Психологічне консультування – це короткострокові заходи, що включають інформування з питань психології, емоційну підтримку, допомогу у прийнятті рішень, розвиток усвідомлення своїх ресурсів, відповідальності за дії, стресостійкості та зміну ставлення до проблем.

4. Психологічна підтримка та супровід – комплекс методів, спрямованих на відновлення особистісного потенціалу, допомогу у

професійному самовизначенні, формуванні ціннісних орієнтирів, подоланні стресу та запобіганні кризовим станам.

5. Психотерапія – застосування спеціалізованих психологічних методів для вирішення особистісних та міжособистісних проблем. Вона може проводитись індивідуально чи в групах і спрямована на відновлення психічних функцій, стосунків та покращення якості життя.

6. Групова робота – організація тренінгів, занять із психологічної просвіти та підтримки. Така форма сприяє самопізнанню, розкриттю внутрішнього потенціалу, обміну досвідом, пошуку рішень проблем і освоєнню нових комунікативних та поведінкових стратегій.

На думку О. Друзь та І. Черненко, основними завданнями реабілітації військових, що брали безпосередньо участь у бойових діях, є такі [18]:

1. Відновлення особистісного та соціального статусу осіб, які пережили психотравмуючі події під час участі у локальних збройних конфліктах.

2. Корекція соціальної поведінки, спрямована на покращення комунікативних навичок, розвиток здатності до самореалізації, вирішення психологічних труднощів і подолання соціальних конфліктів.

3. Відновлення психічного стану, виснаженого депресіями, стресом та перевантаженнями, зниження рівня внутрішньої напруги та тривожності, а також посилення психологічної стійкості й ресурсності.

4. Активація особистісних внутрішніх резервів для подолання залежності від психоактивних речовин, таких як алкоголь чи наркотики.

Динаміка реабілітації в постекстремальний період включає кілька етапів, що зумовлені єдиною методологічною логікою та спорідненими динамічними процесами формування [46].

Перший етап – це фаза «збудження» або «медового місяця». Для військовослужбовців характерний ейфорійний стан, викликаний усвідомленням того, що вони вижили.

У такий період вони можуть ігнорувати життєві труднощі, демонструючи надмірну самовпевненість. У суспільній площині такі особи

виявляють виражену соціальну ініціативність та прихильність до загальноприйнятих правил, паралельно вибудовуючи внутрішню ідентичність «Я – герой», що може вступати у протиріччя із зовнішнім сприйняттям їхньої особистості. Поведінка може включати прояви рухової гіперактивності, агресії, апатії, безпорадності, психічної регресії, а також вживання алкоголю або наркотиків. Через що соціум активно оцінює їхні вчинки [65].

Другий етап характеризується поверненням до мирного життя та переосмисленням пережитого. Військовослужбовці аналізують свою роль у конфлікті та зустрічаються з численними побутовими, службовими й моральними викликами. Ілюзія «Я – герой» поступово зникає, часто замінюючись симптомами посттравматичного стресового розладу.

Третій етап – фаза «відновлення», яка зазвичай настає через 10–18 місяців після завершення участі у бойових діях. У цей період відзначаються позитивні зміни в психічному стані, знижується дестабілізуючий вплив зовнішніх факторів, і поступово відновлюється внутрішня рівновага.

На думку Т. Самутіної та Г. Дьоміної [56], експерти з питань психологічної реабілітації військових підкреслюють важливість своєчасного надання психологічної допомоги, що обумовлено тим, що в довготривалій перспективі після травматичних подій у ветеранів часто спостерігається загострення симптомів посттравматичного стресу. Військові, які пережили жахи війни – поранення, контузії, втрату побратимів, тортури, суїциди та вбивства, – нерідко отримують серйозні психічні травми. Серед найбільш поширених проявів: безсоння, емоційне оніміння, апатія, дратівливість та агресивність.

О. Борисова виділяє три основні періоди реабілітації [11]:

Гострий реабілітаційний період розпочинається з моменту виникнення або виявлення обмежень у повсякденному функціонуванні, що стали наслідком розвитку гострого стану здоров’я. У цей період надається необхідна медична допомога, а також розпочинаються реабілітаційні заходи.

Післягострий реабілітаційний період настає тоді, коли за клінічними показаннями пацієнт більше не потребує цілодобового медичного догляду. Він може також розпочатися після завершення діагностичних процедур, які визначили діагноз хронічного стану, що обмежує повсякденне функціонування.

Довготривалий реабілітаційний період настає за умови наявності постійних обмежень у повсякденному житті або хронічного прогресуючого стану, що вимагає регулярної реабілітації. У цьому випадку реабілітаційні заходи спрямовані на підтримання оптимального рівня функціонування пацієнта та проводяться періодично [100].

К. Дуді та колеги [81] зазначають, що більшість ветеранів зіштовхуються з багатошаровими травмами, спричиненими не лише фізичними ушкодженнями чи втратою побратимів, а й розчаруванням після демобілізації. Вони часто болісно сприймають те, що суспільство у мирному житті не приділяє достатньої уваги війні, що породжує почуття несправедливості, розпач та безнадію. Через таку багатошаровість травматизації психологічна реабілітація повинна бути інтегрованою у загальний комплекс реабілітаційних заходів, який включає медичну, соціальну та професійну підтримку. Психологічна допомога має охоплювати діагностику, консультування, психотерапевтичну підтримку та супроводження як в індивідуальному, так і груповому форматі.

Ключовими принципами реабілітації є її послідовність та поетапність. Завдання, методи та засоби реабілітації залежать від конкретного етапу її реалізації. Дослідники І. Крук та І. Григус визначають широке коло завдань психологічної допомоги учасникам бойових дій, серед яких [35]: 1) відновлення та нормалізація психологічного стану; 2) реабілітація когнітивних та психічних процесів, деформованих бойовим досвідом; 3) прийняття власного образу, зокрема у випадках серйозних фізичних травм, як ампутації, тощо; 4) реінтеграція у соціальне середовище та гармонізація міжособистісної взаємодії; 5) екзистенційний пошук та переосмислення

життєвих пріоритетів; 6) трансформація особистісної ідентичності та самоусвідомлення у нових ролях; 7) розбудова цілісної внутрішньої картини світу, що інкорпорує травматичний досвід; 8) підтримка у процесі посттравматичного зростання.

Т. Титаренко зазначає [68], що соціально-психологічна реабілітація військових не має на меті повернення до життя, яким воно було до війни або до отримання травми. Натомість, процес спрямований на активізацію здатності до життєтворення, тобто вміння перепроектувати власне життя, створювати нові життєві плани та реалізовувати їх у різних сферах – особистій, сімейній, професійній тощо.

На думку Т. Титаренко [67], особистісна переорієнтація сприяє глибоким змінам у системі цінностей, ціннісних орієнтацій і спричиняє трансформацію особистості. Такий підхід дозволяє не лише адаптуватися до нових умов, а й створити оновлену основу для повноцінного та осмисленого життя.

Н. Семенова [59] підкреслює, що ерготерапія військовослужбовців є важливою частиною процесу їх соціально-психологічної реабілітації. Її мета полягає в тому, щоб навчити колишніх військових відновлювати втрачені навички самообслуговування з урахуванням нових, обмежених можливостей. Крім того, професійна підтримка сприяє перекваліфікації та адаптації до нових професій. Така діяльність спрямована на формування нових умінь, які допоможуть ветеранам успішно інтегруватися в нові професійні сфери та колективи.

О. Кокун та його [26] колеги зауважують, що за даними міжнародних наукових досліджень, проведених у державах, що зазнали збройних протистоянь, рівень поширеності посттравматичного стресового розладу серед осіб, які безпосередньо перебували в умовах бойових дій, збільшується майже у два рази та досягає близько 20%. Водночас у значної кількості людей, які пережили психотравмуючі події, порушення психічного здоров’я можуть не проявлятися одразу, а виникати з часом. Наслідки травматичного

досвіду не обмежуються лише розвитком ПТСР, а можуть проявлятися у вигляді супутніх психічних розладів, зокрема депресивних і тривожних станів, зловживання психоактивними речовинами, порушень саморегуляції поведінки та емоційної нестабільності, включно зі спалахами агресії.

За українськими дослідженнями, І. Крук та І. Григус [35] наголошують, що симптоми гострої травми виявляються у близько 70% військових, які були свідками загибелі товаришів по службі або цивільного населення. Дослідники акцентують увагу на тому, що посттравматичний стресовий розлад – це не психотична, а відкладена реакція на сильний стрес, що спричиняє різноманітні психічні та поведінкові порушення.

За аналізом наукової літератури [11; 18; 26; 35; 52] визначено ключові напрямки психологічної реабілітації військових, які спрямовані на відновлення їхнього психічного здоров'я через різноманітні підходи та техніки у додатку А.

Важливим викликом у процесі психологічної реабілітації ветеранів є їх недовіра до психологів, незважаючи на популяризацію такої допомоги. Багато військових плутають психологів із психіатрами, бояться ділитися своїми переживаннями, вважаючи це проявом слабкості, або переконані, що зможуть впоратися самостійно. Тому на початковому етапі взаємодії психолог має зосередитися на встановленні довірливого контакту [91].

Робота психолога з ветеранами вимагає побудови стосунків, заснованих на відданості, конфіденційності, відкритості та послідовності. Психолог повинен транслювати довіру й демонструвати готовність надавати підтримку протягом тривалого часу, розуміючи важливість стабільності та передбачуваності в процесі реабілітації.

1.2. Соціально-психологічна адаптація воїнів при поверненні з фронту

К. Майстренко та С. Леженко [40] підкреслюють, що психологічна адаптація є ключовим елементом допомоги військовослужбовцям у

подоланні наслідків стресу та травм. Проте, попри наявність законодавчих регулювань, реалізація таких програм на місцевому рівні залишається недостатньо розробленою. Немає чітких стандартів підготовки спеціалістів і механізмів оцінки ефективності. Законодавство також недостатньо враховує індивідуальні потреби військових, особливо в умовах різних травматичних факторів.

Ветерани, повертаючись до цивільного життя, стикаються з багатьма викликами. Хоча їхній військовий досвід може слугувати підтримкою, їм потрібен час для адаптації, навчання новим умінням і відновлення здоров'я [90].

Перший рік після демобілізації зазвичай є найскладнішим, оскільки раптова зміна умов життя від проходження військової служби до цивільного середовища потребує значних адаптаційних зусиль. Військові повинні знову планувати своє майбутнє, відбудовувати фінансовий добробут і пристосовуватися до новітніх реалій. Часто ветерани уникають спілкування з тими, хто не має схожого досвіду, що ускладнює відновлення соціальних контактів та родинних зв'язків [88].

Соціальна адаптація ветеранів є важливим аспектом їхньої інтеграції в мирне суспільство, наголошують П. Пірес та колеги [94]. Однак основною проблемою є слабка координація програм адаптації з потребами ринку праці, обмежене фінансування і недостатній доступ ветеранів до інформації про наявні можливості, що знижує ефективність таких заходів.

Б. Кокошко та О. Сафін [25] зазначають, що ветерани часто переживають "культурний шок", повертаючись до цивільного життя. Вони відчувають нерозуміння своїх переживань з боку близьких та суспільства, що підсилює відчуття ізоляції та відчуження, що ускладнює відновлення звичних соціальних зв'язків і побудову нових.

Ю. Цюрик [76] описує реінтеграцію як процес поступового повернення до виконання звичних функцій. Для військових це означає плавну адаптацію до цивільного життя та поступове повернення до повсякденної діяльності у

різних сферах. Військовий має перейти з ролі "чужого" до ролі "свого", проходячи етапи, які забезпечують комфортну інтеграцію в середовище, де через війну він відчував себе ізольованим.

І. Сингаївська та А. Яценко [60] зазначають, що уявлення військовослужбовців про майбутнє життя включає усвідомлення, вибір і розвиток певних аспектів внутрішнього світу. Такі аспекти допомагають самовираженню, виконанню поставлених завдань, формуванню індивідуальної системи смислів, цінностей і мотивів, а також ставлення до себе, визначенню життєвих цілей і способів їх досягнення, зокрема через самозмінення.

За Т. Захаріною [22], однією з найбільших психологічних труднощів для ветеранів і їхніх родин є адаптація до мирного життя. Соціальний статус, професійна діяльність та особливості поведінки військових суттєво відрізняються від умов цивільного життя. Для ветеранів із бойовим досвідом ця реінтеграція є особливо складною і багатовимірною. Соціальна інтеграція передбачає відновлення зв’язків із громадою, участь у суспільному житті та встановлення нових стосунків.

С. Письменний [48] наголошує, що стан демобілізованої людини не можна сприймати як егоїзм, адже це є природним проявом захисного механізму. Боєць повинен навчитися "вимикати" стратегії виживання, які були необхідні у бойових умовах, і "вмикати" ті, що сприяють адаптації до мирного життя.

У ветеранів швидко відбувається переоцінка цінностей: на перший план виходять такі фундаментальні якості, як чесність, вірність, самопожертва та відданість, тоді як матеріальні блага стають менш значущими. Проте, повертаючись до звичайного життя, вони стикаються з дисонансом, адже суспільство здебільшого залишається незмінним [75].

Змінені обставини нинішнього часу спричинили переоцінку цінностей у багатьох людей. Зона бойових дій та прифронтові території кардинально відрізняються від регіонів, які не зазнали прямого впливу війни. В одній

реальності – кров, смерть, втрати побратимів і страждання цивільного населення, яке залишається вдома, попри небезпеку. В іншій – люди дозволяють собі розваги, відпочинок та переймаються дріб'язковими проблемами. Хоча ракетні удари можуть завдати шкоди будь-де, це суттєво відрізняється від реальності постійних бойових дій чи артилерійських обстрілів. Для ветерана цей контраст стає джерелом потужного роздратування: там – боротьба за життя, а тут – байдужість і легковажність.

Т. Качалова зазначає ключові труднощі, які стосуються соціальної адаптації ветеранів і надання їм необхідної підтримки [23]:

1. Збільшення кількості осіб, які потребують допомоги. Різке зростання числа ветеранів, що потребують державної підтримки, часто супроводжується недостатністю ресурсів для реалізації державних гарантій.

2. Потреба в модернізації системи. Сучасні реалії вимагають оновлення підходів до підтримки ветеранів, включаючи масштабування послуг у сфері реабілітації, медичної та психологічної допомоги, з урахуванням індивідуальних потреб кожного.

3. Відсутність інтегрованої системи переходу до цивільного життя. Необхідно створити комплексну структуру, яка б полегшувала перехід ветеранів від військової служби до цивільного життя та забезпечувала адаптацію їхнього професійного досвіду до нових видів зайнятості.

Такі проблеми потребують системного підходу для забезпечення ефективної інтеграції ветеранів у суспільство.

У процесі післявоєнної адаптації ветеранів, як зазначає С. Довбиш [17], реабілітаційно-спортивні центри можуть відігравати ключову роль, надаючи професійну реабілітацію та допомагаючи підготуватися до нових викликів у кар'єрі. Це включає здобуття нових навичок та професійної кваліфікації в різних сферах, що сприяє працевлаштуванню та успішній інтеграції ветеранів у суспільство [64].

За А. Зуонг та ін. [82], метою інклюзивних програм є підвищення рівня соціальної та економічної інтеграції ветеранів. Досягти цього можливо

шляхом забезпечення індивідуалізованої допомоги, розширення доступу до ресурсів і залучення ветеранів до суспільного життя. Важливими елементами таких програм є розробка індивідуальних планів реінтеграції, налагодження координації між установами, створення консультативних рад за участю ветеранів та розробка довгострокових стратегій підтримки.

Як стверджує Н. Сайко, впровадження системи комплексної соціальної адаптації ветеранів та їхніх сімей передбачає взаємодію трьох ключових компонентів [55]:

1. Ціннісно-нормативний компонент охоплює формування позитивного ставлення до життя, лідерських якостей, моральних та гуманних цінностей, а також здатності бути щасливим.

2. Психологічний компонент зосереджений на навичках постановки цілей, створення планів їх досягнення, усвідомлення своїх сильних сторін, відновлення психоемоційного балансу та формування незалежної позиції від зовнішнього оцінювання.

3. Практично-діяльнісний компонент передбачає розвиток соціальної активності, здатності реалізовувати власні плани й цілі, а також участь у громадському житті.

Успішна реалізація таких аспектів є основою для інтеграції ветеранів у цивільне суспільство, сприяючи їхньому особистісному й соціальному розвитку.

На думку І. Тимочко та Т. Кіцак [66], пріоритетними завданнями експертної групи з освітніх програм та професійної адаптації Міністерства у справах ветеранів є розробка пропозицій для формування та реалізації державної політики в галузі соціальної й професійної адаптації осіб, які перебувають у процесі звільнення або вже завершили проходження військової служби. До такої категорії належать ветерани бойових дій, громадяни з особливими заслугами перед державою, члени їхніх родин, а також сім'ї загиблих (померлих) ветеранів та захисників України, а також постраждалих учасників Революції Гідності. Основна мета – забезпечити

їхню соціальну та професійну адаптацію, зайнятість, а також підвищити їх конкурентну спроможність на загальному ринку праці.

Серед проблем залишається розробка ефективного механізму адаптації після завершення військової служби та підтримка повноцінної інтеграції учасників бойових дій у цивільне життя. Тому одним із ключових завдань як на державному, так і місцевому рівнях є розвиток професійної орієнтації для ветеранів війни та членів їхніх сімей.

Автори зазначають такі актуальні дані [66]: 20% ветеранів прогнозують, що у майбутньому потребуватимуть психологічної підтримки; 48% ветеранів вже зараз стикаються з проблемою алкогольної залежності; 73% опитаних вважають, що зловживання алкоголем стане значною проблемою серед ветеранів у майбутньому.

Соціально-психологічна допомога на рівні громад повинна бути організована через інтегровану мережу послуг, яка включає [4]:

1) медичну допомогу в межах загальної системи охорони здоров’я, зазвичай у лікарнях загального профілю;

2) охорону психічного здоров’я, що поєднує зусилля з первинною медико-санітарною допомогою;

3) громадські служби психічного здоров’я, які можуть забезпечувати психосоціальну реабілітацію, підтримку однолітків, допомогу у соціальній інтеграції;

4) послуги з психіатричної допомоги в установах, що не належать до загальної системи охорони здоров’я, наприклад, у школах, службах захисту дітей та місцях позбавлення волі.

На думку К. Ніжейко та К. Ковалівської [47], суспільне сприйняття ветеранів має безпосередній вплив на мотивацію молодого покоління до проходження військової служби, що, у свою чергу, позначається на рівні оборонного потенціалу держави. В умовах постійного зростання кількості ветеранів в Україні належне виконання державних зобов’язань щодо забезпечення їхніх прав й соціальних гарантій виступає ключовим чинником

підтримання соціальної рівноваги, посилення суспільної згуртованості та сталого економічного розвитку.У цьому контексті реабілітація та реінтеграція ветеранів набувають особливої ваги. Належна інтеграція ветеранів є важливим елементом як соціального, так і економічного прогресу країни.

1.3. Вплив бойового стресу на психологічний стан та життєстійкість військовослужбовців

Згідно з дослідженнями В. Крупа, І. Лободи та Р. Кшановської [36], тривала участь у бойових діях та їхній психотравматичний характер можуть призводити до змін у психічному стані, які знижують ефективність особистості в бойових умовах і негативно впливають на психіку військових після повернення до мирного життя.

Найбільш вразливими є ті військовослужбовці, які отримали поранення, що суттєво впливають на їхнє здоров'я та життєдіяльність, що підкреслює необхідність глибшого вивчення психологічного добробуту військових, цивільних осіб та факторів, що його визначають, з урахуванням специфіки кожної групи в процесі реабілітації [78].

Згідно з Т. Титаренко [71], життєстійкість характеризується низкою ключових ознак, серед яких фізична та психоневрологічна витривалість, сформовані навички підтримки здорового способу життя, здатність до стресостійкості та релаксації, а також моральна стійкість. Вона включає сталість пізнавального інтересу, уміння рефлексувати, аналізувати й узагальнювати отриману інформацію, розвинені комунікативні здібності та здатність працювати з суперечливою інформацією. Крім того, життєстійкість пов’язана з навичками організації побуту, трудової та господарської діяльності.

Формування та зміни життєстійкості відбуваються впродовж життя людини, спираючись на позитивне самосприйняття та відчуття задоволеності власною діяльністю. Вона включає ціннісно-смислові орієнтації, які

сприяють усвідомленню можливості впливати на перебіг власного життя та контролювати його події. На розвиток життєстійкості впливають такі фактори, як індивідуально-типологічні особливості, вік, професійна діяльність і соціальний статус [29]. Вона проявляється через ефективну саморегуляцію, здатність успішно долати стресові ситуації та реалізовувати особистісні життєві плани.

Ю. Живоглядов та А. Денисова [19] підкреслюють, що бойова діяльність активує адаптаційні механізми, однак повної адаптації до бойових умов досягти неможливо, оскільки людина не здатна звикнути до постійної загрози її життю. Через це в умовах бою часто відбувається зрив адаптаційних процесів.

Як зазначає М. Москаленко [44], після бойових завдань солдати мають потребу висловитися про пережите. Важливо забезпечити їм можливість проявити емоції у присутності людини, яка зможе це зрозуміти та професійно допомогти подолати важкі переживання. Зазвичай, це має бути наставник, який сам пройшов подібний шлях і зумів успішно трансформувати свій досвід, допомагаючи іншим знайти сенс життя та визначити нові цілі, наголошує автор.

За П. Козирою та Н. Калька [24], постстресова психологічна дезадаптація включає в себе нові поведінкові моделі та посттравматичні розлади, що виникають внаслідок змін у когнітивній, емоційній та поведінковій сферах. Витоки цього явища також пов’язані з особливостями виховання та набутим життєвим досвідом.

За твердженням А. Шиделко [77], посттравматичний стресовий розлад виникає внаслідок переживання подій, що виходять за межі звичайного життєвого досвіду. Людина, яка зберігає свої емоції та спогади всередині, уникаючи поділитися ними з близькими, свідомо чи підсвідомо блокує зв'язок із минулим травматичним досвідом.

У результаті цього може розвинутися субдепресивний стан – реакція на труднощі чи трагічні події, які було важко подолати. Такий стан

супроводжується втратою віри в майбутнє, ангедонією, постійним дистресом, що негативно впливає на психічне та фізичне здоров'я, порушуючи його нормальне функціонування [42].

За дослідженнями М. Якові та колег [98], у жертв військових конфліктів часто спостерігається підвищений рівень ворожості, схильність до агресивної поведінки та негативізм, що є наслідком пережитих подій. Водночас такі якості часто сприймаються як позитивні риси для учасників бойових дій, оскільки вони допомагають їм функціонувати в мирному житті. Однак для соціуму подібні прояви нерідко мають негативне значення.

Найбільш критичними наслідками участі у військових конфліктах стають прояви тривоги, страхів та вегетативні розлади [79].

Згідно з М. Хорошенко [74], бойовий стрес-фактор може бути пропрацьований, якщо військовослужбовець отримує якісну соціальну підтримку. Ефективним засобом протидії стресу та найкращим психотерапевтом у цьому випадку виступають товариші по службі та військовий колектив. Наслідки бойової обстановки зазвичай мають адаптаційний характер, мобілізуючи внутрішню енергію для нейтралізації зовнішніх впливів. З накопиченням бойового досвіду формується психологічна стійкість, яка допомагає долати стресогенні фактори.

Д. Фальфель та колеги [84], зазначають, що деякі військовослужбовці під впливом бойового стресу демонструють не тільки негативні реакції, а й також позитивні зміни. У таких випадках спостерігається зростання впевненості в собі, підвищення самоконтролю, більша цінність стосунків із близькими, а також розвиток цілеспрямованості та наполегливості. Відбувається своєрідна трансформація травматичного досвіду, яка мобілізує внутрішні ресурси особистості, дозволяючи адаптуватися до складних ситуацій, знаходити позитивні аспекти та зміцнювати віру в майбутнє.

Посттравматичний стресовий розлад може проявитися у будь-який момент, проте дослідження показують, що здоровий сон є важливим фактором його профілактики. Військовослужбовці, які спали шість годин або

менше перед початком бойових дій, мали вищу схильність до розвитку ПТСР [86].

Серед людей із ПТСР часто спостерігаються розлади сну, включаючи інсомнію, що пояснюється станом постійного гіперзбудження чи підвищеної пильності, коли боєць перебуває в очікуванні потенційної небезпеки. Така особа може уникати глибокого сну, залишаючись у стані бойової готовності, побоюючись раптових нападів чи інших загроз [39].

О. Борисова [12] запевняє, що реакція організму на стресові чинники може розвиватися у три основні стадії: тривоги, резистентності та виснаження, або лише у дві – тривоги та резистентності, якщо формується позитивний стрес–еустрес, що сприяє збереженню та підтриманню здоров'я.

Стадія тривоги розвивається протягом 6 годин після дії сильного стресового чинника та триває до 48 годин. Вона активує гіпоталамо-гіпофізарно-адренокортикальну систему, що супроводжується викидом адреналіну та глюкокортикоїдних гормонів. Гормони запускають глюконеогенез, переводячи енергетичні резерви організму в активну форму.

Після цього починається стадія резистентності, коли функції ендокринної та імунної систем частково нормалізуються, а інколи навіть підвищуються. Організм починає адаптуватися до стресу, розвиваючи перехресну стійкість до різних стресових факторів.

Надмірний або повторний стрес може викликати стадію виснаження, що характеризується зниженням секреції глюкокортикоїдів та загальним пригніченням адаптаційних можливостей організму. Такий етап є основою для розвитку патологій, таких як онкологічні захворювання, кардіоваскулярні хвороби, гіпертензія, ожиріння, депресія та залежності [43].

За Є. Пузирьовим і В. Ізвєковим [53], бойовий стрес може проявлятися через такі симптоми, як втрата здатності до активної протидії, уникнення соціальних контактів і стан апатії. У військовослужбовців, які стикаються з бойовою втомою, існує значний ризик повторного виникнення цих симптомів. Негативні риси характеру можуть ускладнювати або

уповільнювати процес медичної реабілітації після появи таких проявів. Лікарі та командири в бойових умовах можуть стикатися з психоемоційною нестабільністю, розладами настрою, а також різноманітними когнітивними та фізичними проблемами.

Сприйнятливість до стресу варіюється серед людей і залежить як від генетичних факторів, так і від умов життя, що впливають на активність систем, які відповідають за адаптацію до стресу [20].

Військовий стрес має багато різних форм, які варіюються від впливу воєнних новин у медіа або чуток до таких екстремальних ситуацій, як втрата близьких, руйнування домівок, примусове переселення, нестача їжі, насильство, жорстокість, загибель людей і зруйновані долі [87].

Попри їхню різноманітність, всі фактори об'єднані певними характеристиками, які спричиняють [95]:

1) раптові, значущі та неминучі зміни в житті;

2) різноманітні втрати, такі як втрата життя, почуття безпеки, соціальної приналежності, статусу або продовольчої стабільності;

3) невизначеність щодо поточних подій, джерел харчування, долі близьких і результатів воєнних дій;

4) непередбачуваність майбутнього, відсутність чітких правил і очікувань щодо поведінки ворога;

5) вплив сцен насильства, смерті чи руйнувань через особистий досвід або медіа, а також страждання, голод чи холод.

Реакції бойового стресу – це фізіологічні, емоційні, когнітивні або поведінкові зміни, які формуються у військових унаслідок переживання травмувальних або інтенсивно стресових подій під час участі в бойових діях чи виконання військових завдань. Такі реакції формуються в процесі бою або підготовки до нього й являють собою механізми виживання, які включають зміни на фізіологічному, емоційному та когнітивному рівнях [85].

Ситуації, що загрожують життю, активують вегетативну нервову систему, яка координується симпатичним (збудження) і парасимпатичним

(заспокоєння) відділами. Таким чином відбувається каскад автоматичних реакцій – так званий «захисний каскад», який супроводжується різкими короткочасними змінами, такими як підвищена концентрація уваги, збудження, емоційні чи когнітивні збої. Хоча такі реакції інтенсивні, їх тривалість може не перевищувати кілька годин або днів [97].

Основні бойові стресори включають [33]: фізичні поранення, які обмежують функціональність; участь у вбивстві супротивника; свідчення загибелі людей; втрати або поранення товаришів по службі.

Існує також класифікація бойових стрес-факторів [37]:

1. Стресори бойових дій – поранення або реальна загроза життю під час виконання службових завдань у зоні ворожої присутності.

2. Небойові стресори бойового середовища – свідчення смерті ворога, страх застосування хімічної чи біологічної зброї, напружене очікування наземних зіткнень, а також незадовільні умови проживання.

3. Стресові чинники, пов’язані з направленням у район бойових дій – відрив від родини, близького оточення та звичного способу життя, що особливо гостро переживається військовослужбовцями з числа резерву.

Отже, бойовий стрес викликає значні зміни в психологічному стані військовослужбовців, зумовлюючи комплексну реакцію організму на екстремальні обставини. На когнітивному рівні це може проявлятися у вигляді порушень уваги, зниження здатності до критичного мислення та стратегічного планування. На емоційному рівні військові стикаються з інтенсивними переживаннями страху, провини, агресії чи апатії, які часто супроводжуються емоційною нестабільністю. На поведінковому рівні бойовий стрес може призводити до соціального відсторонення, труднощів у міжособистісній взаємодії та імпульсивних дій.

1.4. Моделі психореабілітаційного процесу

Практика психологічної реабілітації вже здобула наукове підґрунтя та апробацію. Однак сучасна система потребує вдосконалення, особливо в

організації процесу. Основна модель психологічної реабілітації охоплює п'ять етапів [8]:

1. Превентивна реабілітація – інформування військових про наслідки бойових дій, навчання саморегуляції, ознайомлення зі стратегіями подолання бойового стресу.

2. Реабілітація під час виконання завдань – аналіз умов діяльності, підтримка стійкості до стресу, контроль психологічних реакцій.

3. Реабілітація після повернення з бойових дій – категоризація за рівнями стресу, заходи декомпресії.

4. Реабілітація у військових госпіталях – психотерапевтична підтримка, корекція соціального середовища, активація особистісного потенціалу.

5. Реабілітація у санаторіях – робота з адаптацією, професійна реабілітація, зміцнення соціальних зв'язків.

Модель реабілітації охоплює багатоаспектний підхід, що враховує індивідуальні, групові та соціальні чинники. Головна її цінність – комплексність, яка передбачає співпрацю психологів, медиків, соціальних працівників і волонтерів. Превентивні заходи знижують ризик розвитку посттравматичних розладів, а робота після бойових дій спрямована на відновлення не лише психологічного, а й соціального статусу військовослужбовців. Значну увагу приділено створенню сприятливого середовища для реабілітації, що включає роботу із сім’ями, групові заняття, а також професійну орієнтацію ветеранів [6].

Основним недоліком є відсутність чіткої системи оцінювання ефективності реабілітаційних заходів, що ставить під сумнів якість їх реалізації, особливо на етапах після повернення військових у цивільне життя.

В. Алещенко [2] вказує, що система реабілітації базується на біопсихосоціальній моделі, яка враховує обмеження життєдіяльності через взаємодію військового з довкіллям. В основі моделі лежить взаємозв’язок фізичних, психічних та середовищних факторів, що забезпечує здатність особи зберігати належний рівень здоров’я та благополуччя, а також

результативно функціонувати в соціальному середовищі. Реабілітаційна стратегія у сфері охорони здоров'я, побудована на цій моделі, спрямована на максимально можливе відновлення стану здоров'я та функціональних можливостей людини шляхом застосування комплексного підходу.

Згідно з О. Гершановим [14], психоедукація виступає одним із ключових компонентів консультування та психотерапевтичної роботи, оскільки забезпечує людину знаннями щодо механізмів подолання наслідків травматичного досвіду. Роль консультанта чи психотерапевта полягає не лише в інформуванні клієнта про особливості його психічного стану або наявні труднощі (розлад, захворювання, кризову ситуацію), а й у формуванні навичок практичного використання інформації. Таким чином, фахівець має не просто передати знання, а й активізувати процеси, що сприяють розвитку адаптивних форм поведінки та ефективному розв'язанню проблем.

О. Борисова [10] описує психоедукаційну модель як структурований блок інформації про певний аспект психічного життя людини, психофізіологічний процес або інший феномен. Модель пояснює, як функціонує конкретна система, роз'яснює зв'язок між причинами та наслідками і надає інструкції щодо того, як вплинути на цей процес для поліпшення психологічного, психоемоційного або психофізичного стану людини. Ідеально, така модель має супроводжуватися метафоричними зображеннями або схемами.

Основними функціями психоедукаційної моделі є: формування чіткого розуміння природи симптомів чи розладів, розуміння причин і наслідків порушень на різних рівнях (психологічному, поведінковому, біологічному), прогнозування тенденцій і динамік, а також планування індивідуального покрокового плану лікування, психокорекції чи реабілітації.

О. Борисова розробила психоедукаційну модель Діамант самоцінності [9], яка включає три основні компоненти: лінгвістичний опис, приклади та малюнки. У теоретичній частині психолог пояснює отримувачам психоедукаційних послуг суть поняття «самоцінність». За результатами

досліджень автора, модель є ефективною для людей, які пережили полон або інші види травматичних подій. Модель самоцінності формує у людини ставлення до себе та окреслює ті можливості, які вона буде вважати доступними для себе в майбутньому.

Т. Титаренко зазначає, що на підготовчому етапі реабілітації доцільно застосовувати такі технології: подолання недостатньої мотивації до життя, пошук дієвих мотиваторів та активізація «сліпих зон» уваги. Серед технік, рекомендованих на цьому етапі, можна виокремити [70]:

1. Активізація бажання до змін – стимулювання позитивних спогадів та надихання позитивним прикладом, що допомагає подолати низьку мотивацію до самозмін.

2. Техніки мрій про майбутнє – активізація внутрішнього ресурсу для подолання труднощів і залучення підтримки з боку оточення, що формує нові мотиватори.

3. Техніки самоусвідомлення – опис власного дня, подолання надмірної фіксації на проблемах і стимулювання рефлексивності, що сприяє розкриттю «сліпих зон» і оновленню погляду на власне життя.

На базовому етапі реабілітації пропонується впроваджувати технології, спрямовані на відновлення здатності творчо планувати майбутнє через свідомі й відповідальні життєві вибори. Крім того, важливим є випробування оновленого життєвого проекту шляхом виконання актуальних завдань, а також реалізація цих завдань через поступове пристосування до мирного життя і набуття нових компетенцій [13].

До технологій можна застосовувати такі техніки [58; 72]:

1. Підвищення відповідальності – розвиток інтересу до нового і зміна підходу до осмислення власного життєвого шляху, що стимулює здатність до самостійних рішень.

2. Оцінка ресурсів та обмежень – аналіз наявних можливостей, планування зусиль і визначення пріоритетних завдань, які є досяжними.

3. Оптимізація сприйняття минулого – робота з калейдоскопічністю спогадів, зміна масштабу переживань та формування цілісного бачення життєвої ситуації, що сприяє вибору актуального напрямку змін і покращує реалізацію життєвих планів.

Західний підхід до реінтеграції здебільшого зосереджується на адаптації людей, які опинилися у складних соціально-економічних чи політичних умовах, що ускладнюють їхню повноцінну участь у житті суспільства. Реінтеграція спрямована на усунення цих бар'єрів шляхом впровадження механізмів і моделей, які дозволяють індивідам ефективно взаємодіяти з суспільством. Процес реінтеграції означає перехід від стану, коли людина не може повноцінно функціонувати у суспільстві, до стану, в якому вона здатна самостійно контролювати своє життя та брати активну участь у соціальних процесах [76].

Ключові методи реінтеграції включають [61]:

1. Психологічну підтримку, яка є важливою складовою адаптації й враховує індивідуальні потреби кожної людини.

2. Перекваліфікацію, що допомагає військовим здобути нові навички для працевлаштування у цивільному секторі.

3. Медичну допомогу, спрямовану на виявлення та вирішення фізичних і психічних проблем.

4. Соціальну допомогу, яка охоплює забезпечення житлом, фінансову підтримку, освіту, соціалізацію та відновлення стосунків із сім'єю і друзями.

В Україні досі немає чітко визначених моделей реінтеграції, затверджених як частина державного плану післявоєнного відновлення. Утім, у березні 2023 року Міністерство у справах ветеранів України [1] в результаті експертних обговорень запропонувало моделі інтегрованих соціальних послуг для ветеранів. Було розглянуто проблеми, які виникають у військових під час адаптації до цивільного життя, та шляхи їх вирішення.

Наразі Міністерство, співпрацюючи з іншими відомствами, створює умови для успішної інтеграції українських військових у суспільство,

економіку та сім’ю після завершення служби. Запропонована модель передбачає:

1) оцінку потреб і проблем кожного ветерана з індивідуальним підходом;

2) систему соціальних послуг, яка об’єднує державні установи, неурядові організації та ветеранські об’єднання;

3) гендерний підхід до надання послуг;

4) підтримку активності ветеранів і сприяння їхній самоорганізації;

5) підготовку фахівців для роботи з учасниками бойових дій.

Таким чином, основними елементами успішної реінтеграції є відчуття безпеки, перехідний період, розуміння прав і обов’язків, а також забезпечення психологічного комфорту й підтримки.

І. Коропатнік [31] зауважує, що у західній медицині реабілітація після ампутації включає дев’ять основних етапів. Перші три зосереджені на хірургічному втручанні: передопераційний період, що охоплює інформування пацієнта та ознайомлення з майбутнім планом протезування; хірургічні та реконструктивні процедури; а також період загоєння, де увага приділяється знеболенню та емоційній підтримці.

Наступні три етапи стосуються роботи з протезом: передпротезна підготовка, у рамках якої залишкову кінцівку формують, зміцнюють м’язи та готують до подальшого використання; виготовлення протезу; і навчання його використанню. Завершальні етапи орієнтовані на інтеграцію в соціум, де відбувається відновлення родинних, соціальних і рекреаційних ролей, розробка стратегій подолання; професійну реабілітацію, яка допомагає адаптуватися до трудової діяльності через додаткове навчання; та довготривалу підтримку, що охоплює медичний, емоційний і функціональний аспекти [41].

На думку Р. Попелюшко [49], у сучасних бойових умовах психологічна підтримка військових поділяється на комунікативні та організаційно-діяльнісні методи. До комунікативних належать вербальні, візуальні,

тактильні форми взаємодії. Організаційно-діяльнісні передбачають управління діями підлеглих, переміщення особового складу та уникнення контактів із деморалізованими людьми. Методи саморегуляції особливо важливі на початкових етапах реабілітації для стабілізації психічного стану.

Процес реабілітації військовослужбовців включає індивідуальні та групові заходи, серед яких консультування, тренінги, освітні лекції та бесіди. У випадках, коли психіка зазнала сильного стресового впливу, необхідні масштабні психологічні інтервенції [18].

До основних завдань належать діагностика розладів, евакуація військових, що потребують госпіталізації, відновлення порушених психічних функцій, корекція самосвідомості та підготовка до операцій, а також полегшення болю. Діагностика включає візуальний огляд і спеціалізовані методики, зокрема тестування за допомогою методики «FPI», яка оцінює рівень невротизації, агресивності, ризику суїцидальних дій тощо, що дозволяє виявити військових із високим ризиком і надати їм необхідну допомогу [51].

Одним із ключових методів групової роботи є дебрифінг стресу в критичних ситуаціях, спрямований на зниження психоемоційної напруги. Він проводиться в перші 48 годин після травматичної події та допомагає учасникам завершити емоційно складний етап, розібратися зі своїми переживаннями, визначити стратегії подолання наслідків і вирішити, чи потрібна їм подальша допомога. Основний механізм дебрифінгу – це закриття минулого, що сприяє позбавленню від тривоги і адаптації до нових умов [61].

Кожна модель орієнтована на різнобічні аспекти психологічної реабілітації: від зміни мислення та поведінки до підвищення самооцінки та соціальної інтеграції. Когнітивно-поведінкова терапія ефективна для військових з ПТСР, депресією та тривогою, гуманістична психотерапія допомагає підвищити самооцінку та знайти сенс життя після травм,

психоедукація сприяє розумінню психічних процесів, а біопсихосоціальний підхід враховує фізіологічні та соціальні фактори у відновленні.

Нейропсихологічна реабілітація відновлює когнітивні функції після травм мозку, арт-терапія допомагає працювати з емоціями через творчість, методика «Інтеграція спогадів» ефективна для зниження емоційного навантаження від травмуючих спогадів, а психо-соціальна інтеграція підтримує відновлення соціальних зв'язків та адаптацію до цивільного життя. Підходи орієнтовані на військових з ампутаціями, після полону, тощо, що допомагає їм адаптуватися та відновлюватися в нових умовах [28].

Військовослужбовці, які зазнали воєнну травматизацію, відзначають кілька основних способів покращення психологічного благополуччя. Серед них – підтримка з боку близьких людей, таких як сім’я чи товариші по службі, зосередженість на роботі, підвищення відповідальності за підлеглих, а також цілеспрямована робота над собою й самовдосконалення [27].

Військові, які пережили важкі втрати, зокрема смерть батьків, як одну з найглибших травм, обирають активну допомогу близьким, які також переживають втрату. Турбота про членів родини та дітей стає для них значущим способом покращення психологічного стану.

Після повернення з війни військові ще довго можуть відчувати вплив пережитих подій. Їм необхідна психологічна підтримка, щоб прийняти себе, адаптуватися до мирного життя та навчитися жити з минулим, прощаючи себе.

Висновки до розділу 1

Теоретичний аналіз дозволив виділити ключові аспекти процесу реабілітації військовослужбовців, які повертаються до цивільного життя. Основними принципами процесу було виділено комплексний підхід, індивідуалізація програм реабілітації, орієнтація на особистісні ресурси ветеранів та врахування наслідків бойового стресу.

Основні напрямки психологічної реабілітації військовослужбовців спрямовані на відновлення їхнього психічного здоров'я, інтеграцію в цивільне середовище та адаптацію до цивільного життя. Центральним завданням виділено стабілізацію емоційного стану, оскільки багато військових стикаються з наслідками тривалого стресу та переживань, які виникають у бойових умовах. Значну увагу приділяють індивідуальній та груповій терапії, де ветерани мають змогу опрацювати свої травматичні переживання та знизити рівень тривоги.

Психологічна реабілітація спрямована на формування у військових позитивного сприйняття себе, усвідомлення цінності власного досвіду та здатності до відновлення життєвих цілей. Вона включає роботу з подоланням травматичних спогадів та допомагає знайти нові смисли, необхідні для подальшого повноцінного життя.

Психометричні показники, виокремлені на основі теоретичного аналізу наукової літератури, охоплюють такі ключові параметри як: соціально-психологічна адаптація, життєстійкість, рівень тривожності та депресії, прояви посттравматичного стресового розладу, що відображають функціональний стан особистості. У контексті психологічної реабілітації показники розглядаються не лише як діагностичні маркери, а як інтегровані елементи, що визначають здатність людини до ефективного відновлення та пристосування до змінених умов життя. Соціально-психологічна адаптація передбачає гармонійне прийняття себе та інших, збереження емоційного й внутрішнього контролю, баланс між домінуванням та уникненням. Життєстійкість та стресостійкість відображають потенціал особистості долати труднощі, контролювати неприємні емоційні стани, не втрачати мотивації та залишатися зосередженою у кризових ситуаціях. Рівень тривожності, депресії та вираженість симптомів ПТСР – таких як інтрузії, уникнення, негативні когнітивно-емоційні реакції та підвищена реактивність – виступають показниками психічного здоров'я та критеріями оцінки ефективності реабілітаційних заходів.

Однією з найважливіших моделей психореабілітаційного процесу виділено класичну модель психотерапевтичної реабілітації, що охоплює застосування традиційних методів психотерапії для подолання наслідків психічних травм, таких як посттравматичний стресовий розлад. Важливими складовими моделі є: індивідуальна психотерапія, групова терапія, когнітивно-поведінкова терапія та арт-терапія.

РОЗДІЛ 2
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВОЇНІВ ПІСЛЯ ПОВЕРНЕННЯ У ЦИВІЛЬНЕ ЖИТТЯ

2.1. Методологічне обґрунтування дослідження

Психологічна реабілітація військовослужбовців є складним та багатовимірним процесом, що потребує інтеграції різних методологічних підходів та концептуальних засад. Військовий досвід, зокрема участь у бойових діях, може спричиняти значні психологічні травми, що проявляються у вигляді посттравматичного стресового розладу, депресії, тривожних розладів та інших психоемоційних порушень. Аналіз даної проблеми через призму різних психологічних шкіл та наукових інститутів дозволяє окреслити ефективні методи реабілітації та їхній науковий фундамент.

Серед основних теорій та підходів можна виокремити:

Психоаналітична теорія (З. Фройд, А. Адлер, К. Юнг, Е. Еріксон, К. Хорні, Е. Фромм) розглядає наслідки військових травм через призму несвідомих конфліктів та механізмів витіснення. Військовослужбовці, які пережили інтенсивний стрес, часто стикаються з внутрішніми психічними процесами, що супроводжуються тривожними сновидіннями, флешбеками та відчуттям провини. Терапевтичне втручання в межах цього підходу передбачає реконструкцію травматичних спогадів та роботу з підсвідомими процесами, які визначають емоційні реакції. Глибокий аналіз дитячих переживань, символічне опрацювання травми та інтеграція травматичного досвіду у свідомий наратив сприяють відновленню психічної рівноваги. Використання психоаналітичного підходу дозволяє виявити приховані психологічні блоки, що перешкоджають адаптації до мирного життя.

Біхевіоризм (Дж. Вотсон, Б. Скіннер, Е. Толмен) акцентує увагу на механізмах набуття та закріплення поведінкових реакцій, що формуються внаслідок бойового досвіду. У межах когнітивно-біхевіорального підходу процес психологічної допомоги особистості під час суспільних криз

ґрунтується на розумінні стресу як універсальної, неспецифічної реакції організму, що виникає у відповідь на труднощі адаптації до змінених або несприятливих зовнішніх умов. Військовослужбовці, які перебували у стані постійної загрози, можуть виробляти автоматизовані реакції уникнення або гіпертривожності, що ускладнюють соціальну адаптацію. Корекція поведінкових патернів здійснюється шляхом застосування експозиційної терапії, систематичної десенсибілізації та методів оперантного навчання. Використання позитивного підкріплення для закріплення адаптивних моделей поведінки сприяє поступовій нормалізації психоемоційного стану. Особлива увага приділяється модифікації дезадаптивних навичок, що розвинулися під час бойових дій, з метою їх заміни на більш конструктивні стратегії реагування у мирному житті. Завдяки біхевіористичному підходу військовослужбовці отримують ефективні інструменти подолання стресових реакцій та розвивають навички самоконтролю.

Гуманістична (А. Маслоу, К. Роджерс) та екзистенційна (Р. Мей, М. Хайдеґґер, Ж.-П. Сартр, А. Камю) психологія розглядають процес реабілітації як шлях до відновлення особистісної цілісності та знаходження сенсу в пережитих подіях. Військовослужбовці, які зіткнулися з екстремальними випробуваннями, можуть втратити відчуття особистої цінності та цілеспрямованості, що призводить до екзистенційної кризи. В межах цього підходу терапевтичний процес зосереджується на сприянні саморозкриттю, розвитку внутрішніх ресурсів та прийнятті власного життєвого шляху.

Логотерапія (В. Франкл) допомагає знайти нові смисли в житті після військового досвіду, а неконфронтаційні методи терапії сприяють відновленню довіри до оточення. Робота з переживаннями провини, страху та втрати відбувається через рефлексію, творчі практики та усвідомлення власної ролі у подальшому житті. Інтеграція гуманістичних підходів у реабілітаційні програми дозволяє створити сприятливі умови для глибокого емоційного зцілення та відновлення відчуття особистісної значущості.

Методологічне обґрунтування дослідження проблеми психологічної реабілітації військовослужбовців після повернення до цивільного життя ґрунтується на міждисциплінарному підході, який об’єднує теоретичні засади психології, соціології, медицини та педагогіки.

У центрі дослідження знаходиться системний підхід, який дозволяє розглядати процес реабілітації як багатовимірне явище, що включає взаємодію когнітивних, емоційних, поведінкових і соціальних компонентів. Такий підхід забезпечує всебічний аналіз проблеми з урахуванням зовнішніх (соціальних, культурних, економічних) та внутрішніх (психологічних, фізіологічних) факторів.

Аксіологічний підхід (З. Карпенко) акцентує увагу на ціннісних аспектах життя військовослужбовців. Він передбачає врахування їхніх світоглядних установок, життєвих смислів та мотивації, що є фундаментом для ефективної реабілітації. Завдяки такому підходу стає можливим розроблення індивідуальних програм підтримки, які враховують специфіку військового досвіду та його вплив на особистісну структуру.

Діяльнісний підхід (Ф. Фребель) дозволяє аналізувати адаптацію військових через їхню здатність брати участь у конструктивній діяльності після повернення до цивільного життя. Особливу увагу приділено відновленню функціональних навичок, необхідних для успішної інтеграції в соціальні та професійні структури.

Для забезпечення ефективності процесу реабілітації необхідно враховувати специфічні потреби ветеранів, що виникають у результаті бойових травм та психологічних наслідків, таких як посттравматичний стресовий розлад, хронічні психопатологічні зміни та труднощі соціальної адаптації.

Повернення військовослужбовця до цивільного життя супроводжується збереженням готовності до бойових ситуацій, що призводить до прояву психічних реакцій, сформованих під впливом стресів війни. Однак адаптивні реакції можуть стати дезадаптивними в умовах мирного життя. Якщо

військовий повертається з психічними наслідками війни і не готовий до мирного способу життя, це може призвести до ретравматизації.

Під час соціальної адаптації ветеранів можуть виникати різноманітні бар'єри, подолання яких часто вимагає підтримки з боку суспільства. Серед таких бар'єрів можна виділити: професійний бар'єр (після повернення до цивільного життя ветерани стикаються з необхідністю працевлаштування); психологічний бар'єр (недостатня готовність до адаптації в цивільному середовищі, пошуку роботи та пристосування до нових умов трудової діяльності, а також суб’єктивне відчуття незадоволеності власним життям чи сприйняттям їхнього досвіду з боку близького оточення та суспільства загалом); економічний бар'єр (для багатьох ветеранів важливим є питання матеріальної підтримки, адже до моменту працевлаштування їм може допомагати родина чи держава, що може спричинити розвиток почуття неповноцінності або приниження).

Соціальна реадаптація передбачає повторний процес пристосування ветеранів до умов цивільного життя після завершення військової служби або участі в бойових діях, навіть за умови, що їхня соціальна інтеграція у військове середовище раніше відбувалася успішно.

Реадаптація передбачає процес відновлення адаптації або повернення до попереднього середовища, яке стало причиною дезадаптації. У випадку з ветеранами, соціальна реадаптація включає процес пристосування до соціуму після повернення з фронту, зокрема, до нового або попереднього місця та, в наслідок окупованих територій, міста проживання.

Ключовими показниками процесу є: 1) усвідомлення та прийняття соціокультурних норм та цінностей нового середовища; 2) успішна інтеграція у освітню або професійну сферу діяльності; 3) налагодження соціальних взаємозв’язків, включно з дружніми, романтичними або шлюбними стосунками; 4) формування ідентичності у контексті нового соціального оточення.

Після звільнення з армії ветерани можуть потрапити до групи соціального ризику, оскільки хоча вони ще перебувають у працездатному віці, їх пристосування до цивільного ринку праці може бути ускладненим. Ризики пов'язані з відсутністю досвіду цивільної роботи, що є важливим для роботодавців. Крім того, на ринку праці існує велика конкуренція, і без відповідного досвіду ветеранам важко адаптуватися до нових умов. Психологічний стан ветеранів та їхня кваліфікація можуть не відповідати вимогам, які ставляться на новій роботі.

Процес соціальної адаптації військовослужбовців є поетапним і може тривати від трьох до чотирьох років. Він виділяє п’ять етапів процесу:

1. Підготовчий етап – період, коли військовослужбовець усвідомлює неминучість демобілізації або звільнення з армії. На цьому етапі важливо розпочати підтримку та підготовку особи для забезпечення успішної адаптації до цивільного життя.

2. Етап психологічної напруженості перед демобілізацією – період, коли військовослужбовець відчуває зниження своєї значущості та необхідності для армії. У цей час може відбутися переоцінка цінностей та життєвих пріоритетів.

3. Етап гострих психічних реакцій на повернення до цивільного життя – період, коли ветерана очікують численні нові виклики, пов’язані з адаптацією до нових соціальних норм, правил і цінностей мирного середовища.

4. Етап гострої психологічної реакції на вихід з військового життя – час, коли ветеранові може бракувати чіткого розпорядку дня, команд і наказів, а також можуть проявлятися переживання щодо невирішених справ або травматичних спогадів війни.

5. Етап переосмислення старих стереотипів та формування нових – період, коли ветеран змінює старі навички та поведінкові моделі, що заважають адаптації, та набуває нові компетенції для ефективної інтеграції та соціалізації у цивільному середовищі.

Реабілітація військовослужбовців після бойових дій має інтегративний характер та включає психотерапевтичні, психодіагностичні, психокорекційні, профілактичні та профорієнтаційні заходи, застосовуючи як індивідуальні, так і групові форми психосоціальної реабілітації (консультування, групова корекція, аутотренінг, саморегуляція тощо).

Медико-психологічна реабілітація спрямована на збереження здоров’я ветеранів, зменшення наслідків бойових травм, таких як ПТСР та хронічні психопатологічні зміни, та включає превентивні, клінічні, функціональні та психологічні форми. Вона має на меті досягнення психічної, соціальної та професійної повноцінності людини, забезпечуючи її соціальну інтеграцію в суспільство. Превентивна реабілітація відновлює здоров'я практично здорових військових, клінічна реабілітація включає лікувально-діагностичні заходи, а функціональна реабілітація використовує фізичні вправи та природні фактори для відновлення фізичного стану ветеранів.

Основними індикаторами психологічно здорової особистості є особистісна цілісність, самореалізація та саморегуляція, а допоміжними – адаптивність, збалансованість та креативність (на індивідуально-психологічному рівні), схильність до сенсоутворення, здатність осмислювати набуті знання, вміння насолоджуватися життям (на ціннісно-смисловому рівні), а також схильність до емпатії, співпраці та відповідальності (на соціально-психологічному рівні). Недостатнє проявлення таких характеристик вказує на зниження рівня психологічного здоров’я, що вимагає своєчасної діагностики, профілактики та реабілітації.

Психологічна реабілітація військовослужбовців потребує комплексного підходу, що базується на взаємодоповнюваності різних психологічних парадигм. Кожен методологічний підхід має свої переваги та обмеження, проте їх інтеграція дозволяє забезпечити ефективну допомогу військовослужбовцям у подоланні наслідків бойового стресу, адаптації до мирного життя та відновленні психічного здоров’я.

2.2. Організація та методики дослідження психологічної реабілітації військових

Формування дослідницького задуму розпочалося з глибокого осмислення актуальності теми в умовах повномасштабної збройної агресії, внаслідок якої значна частина військовослужбовців, повертаючись з бойових дій, стикається з серйозними труднощами адаптації до цивільного життя. Різкі зміни умов, порушення ідентичності, соціальна дезорієнтація, пережитий бойовий стрес та травматичний досвід утворюють складний психологічний контекст, що потребує глибокого наукового аналізу.

Першим етапом організації дослідження стало обґрунтування та затвердження теми – «Психологічна реабілітація воїнів після повернення у цивільне життя», яка була узгоджена з науковим керівником, затверджена кафедрою та включена до плану науково-дослідної роботи факультету психології.

На наступному етапі здійснено розробку та затвердження структури кваліфікаційного дослідження, до складу якої було включено три змістові розділи: теоретичний, емпіричний та інтерпретаційний. Паралельно було сформульовано загальну *мету дослідження* – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні чинники, що впливають на ефективність реабілітації воїнів після повернення у цивільне життя.

Згідно поставленої мети затверджено *завдання емпіричного дослідження*: емпірично дослідити психологічні чинники, що впливають на ефективність реабілітації воїнів після повернення у цивільне життя.

Об'єктом дослідження виступила психологічна реабілітація, а *предметом* – психологічні чинники реабілітації військовослужбовців.

Подальший етап вивчення літературних джерел ґрунтувалося на використанні міждисциплінарного підходу, що охоплював літературу з військової психології, психотерапії травми, клінічної психології, психодіагностики та реабілітаційної медицини. Було опрацьовано понад 150 джерел: монографії, статті, посібники, нормативні документи, звіти

міжнародних організацій, сучасні емпіричні дослідження, рекомендації ВООЗ, матеріали наукових конференцій та методичні керівництва з психосоціальної підтримки ветеранів.

Після завершення теоретичної бази розпочався етап пошуку експериментальної бази дослідження. Враховуючи потребу в роботі з контингентом військових, було налагоджено співпрацю з Київською міською клінічною лікарнею №4, яка проводить медико-психологічну реабілітацію військовослужбовців. Заклад надав дозвіл на проведення наукового дослідження на своїй базі, з дотриманням усіх етичних норм, конфіденційності та добровільної згоди учасників.

Вибірка дослідження охоплювала 62 військовослужбовця, які проходили лікування та реабілітацію після отриманих бойових поранень. Підбір здійснювався за принципами добровільної участі, інформованої згоди та відповідності критеріям включення (наявність військового статусу, участь у бойових діях, відсутність гострих психотичних станів).

Структура вибірки була репрезентативною у розрізі вікових груп: 42% учасників – у віці 20–30 років, 39% – 31–40 років, 19% – понад 40 років. Такий розподіл дав змогу простежити вікову динаміку адаптаційного процесу та виявити відмінності у стратегіях подолання труднощів.

На наступному етапі здійснювався підбір, адаптація та узгодження психодіагностичного інструментарію, який відповідав критеріям валідності, надійності, релевантності для військової вибірки. У рамках теоретичного обґрунтування було обрано чотири психодіагностичні методики:

1. Опитувальник соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонд – для оцінки особистісної та соціальної адаптації військових у цивільному середовищі.

Опитувальник соціально-психологічної адаптації був розроблений Карлом Роджерсом та Розалін Даймонд у другій половині XX століття. Опитувальник розроблений для вивчення особливостей адаптації особистості

в соціальному середовищі та виявлення пов’язаних із цим особистісних характеристик.

Опитувальник базується на гуманістичному підході до психології, який був популяризований К. Роджерсом. Основна ідея полягає в тому, що особистісна адаптація безпосередньо залежить від самосприйняття, ставлення до інших і рівня емоційного благополуччя.

Методика представлена у вигляді особистісного опитувальника, що містить 101 твердження, які сформульовані у третій особі без використання займенників. Такий підхід дозволяє знизити ймовірність соціально бажаних відповідей, оскільки випробуваний не одразу ототожнює твердження із собою (додаток Б).

Відповіді оцінюються за 7-бальною шкалою, що дає змогу отримати більш диференційовані результати щодо рівня адаптації людини.

Методика дозволяє комплексно оцінити особливості сприйняття себе, ставлення до інших, емоційного стану, рівня саморегуляції та домінантних способів подолання стресогенних ситуацій.

Один із провідних компонентів «прийняття себе» характеризує міру позитивного або нейтрального ставлення до власної особистості, шкала виявляє, наскільки індивід визнає свої сильні та слабкі сторони, наскільки він здатен сприймати себе без надмірної самокритики, а також чи є в нього емоційна відкритість до особистісного зростання. У військовому контексті високі показники за шкалою можуть свідчити про стійкі внутрішні ресурси для реадаптації, тоді як низькі – вказують на порушення самоідентичності та самосприйняття після травматичних подій.

Шкала «Прийняття інших» фіксує рівень толерантності, емпатії та соціальної відкритості. Вона відображає готовність особи встановлювати позитивні міжособистісні контакти, довіряти соціуму та приймати відмінності інших людей.

Шкала «Емоційний комфорт» – це індикатор загального психоемоційного стану, рівня внутрішньої напруги, тривожності та здатності

до емоційної стабілізації. Високі показники свідчать про психологічну врівноваженість та суб'єктивне відчуття безпеки, тоді як низькі – про дезадаптаційні прояви, потенційну психотравматизацію або емоційне виснаження. Параметр є критично важливим у контексті посттравматичних проявів у військовослужбовців після бойових дій.

Шкала «Внутрішній контроль» репрезентує домінуючу установку щодо джерела відповідальності за події в житті. Він дозволяє визначити, чи особа вважає себе суб'єктом власної життєвої ситуації, чи схильна приписувати зовнішнім обставинам або іншим людям вирішальний вплив на свої дії. Високий рівень внутрішнього контролю свідчить про наявність особистісної автономії та готовності до конструктивного подолання труднощів.

Шкала «Домінування» відображає схильність до контролю над соціальними ситуаціями, активність у міжособистісній взаємодії, прагнення впливати на інших. Контроль може бути пов'язаний як з адаптивними лідерськими якостями, так і з компенсаторною потребою в контролі на тлі невизначеності.

Шкала «Ескапізму» (уникнення) визначає тенденцію особи до психологічного відходу від реальності через механізми заперечення, фантазії, соціального відсторонення або поведінкового ухилення. Вона є показником неадаптивних форм подолання емоційного дистресу. Високий рівень за шкалою може вказувати на уникання переживань, пов'язаних із травматичним досвідом, що ускладнює процес інтеграції травми та перешкоджає ефективному відновленню.

Опитувальник «Соціально-психологічної адаптації» К. Роджерса та Р. Даймонд є цінним інструментом у практичній та науковій психології, що дозволяє оцінити, наскільки особистість адаптована до соціального середовища, виявити потенційні труднощі у взаємодії з іншими людьми та визначити рівень емоційного благополуччя. Завдяки своїй структурованості та науковій обґрунтованості, методика широко застосовується у клінічній, соціальній та військовій психології.

2. Шкала «Життєстійкості» К. Коннора та Дж. Девідсона – для вимірювання психологічної стійкості до стресу та здатності відновлюватись після психотравм.

Шкала життєстійкості/стресостійкості (CD-RISC) була розроблена американськими клінічними психологами Кетрін Коннор та Джонатаном Девідсоном з метою кількісного оцінювання психологічної стійкості індивіда – здатності ефективно адаптуватися до життєвих труднощів, подолання стресу та відновлення після психотравмуючих подій. Інструмент широко застосовується в клінічній, військовій, кризовій та медичній психології. Він особливо корисний у роботі з ветеранами, які зазнали бойового стресу, втрат, поранень та інших форм травматизації.

Шкала складається з підпунктів (items), які оцінюють окремі аспекти життєстійкості (додаток В):

1. «Здатність адаптуватися до змін» відображає гнучкість особистості – уміння змінювати поведінку, цілі або установки відповідно до нових умов. Для військовослужбовців, які повертаються до цивільного життя, адаптація до нового середовища потребує кардинальної зміни способу мислення, звичних реакцій, ролей.

2. «Здатність справлятися з тим, що трапляється» як індикатор, що демонструє ступінь довіри до власних сил у ситуаціях невизначеності чи втрати контролю. У ветеранів це стосується ситуацій, коли їхнє звичне середовище змінюється, а нові соціальні ролі викликають сумніви та страх.

3. «Здатність справлятися зі стресом» оцінює, наскільки ефективно людина використовує стратегії подолання стресових впливів. У ветеранів вона відображає, чи має людина ресурси для подолання наслідків бойового стресу, а також здатність до саморегуляції.

4. «Здатність залишатися зосередженим і ясно мислити» пов'язано з когнітивною саморегуляцією – вмінням підтримувати ясність мислення у стресових або надзвичайних ситуаціях. У реабілітаційному контексті це

дозволяє ветерану ухвалювати зважені рішення, а не керуватися імпульсами чи тривожними станами.

5. «Здатність не впадати у відчай перед обличчям невдачі» вимірює стійкість до фрустрації, здатність зберігати мотивацію, навіть якщо цілі не досягнуті з першої спроби. У реабілітації вона важлива для повернення до соціального життя, коли на шляху зустрічається нерозуміння, бюрократія, дискримінація.

6. «Здатність справлятися з неприємними почуттями, такими як гнів, біль або смуток» – один із ключових компонентів емоційної регуляції. У ветеранів саме гнів, провина, тривога та смуток часто стають домінантними емоціями. Компонент вказує, чи може особа усвідомлювати й опрацьовувати подібні емоції конструктивно.

Практичне значення шкали, в контексті дослідження, полягає в оцінці рівня життєстійкості, моніторингу динаміки особистісного зростання та стрес-резистентності в процесі психокорекції, визначення індивідуальних цілей у програмі відновлення (наприклад, фокус на емоційній регуляції або когнітивній стабільності).

3. Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) – для скринінгу рівня емоційної напруги (тривожності та депресивних симптомів) у військових без соматичних порушень.

Шкала була спеціально розроблена для виявлення рівня тривожності та депресивної симптоматики у пацієнтів, які не мають діагностованих психіатричних захворювань, але перебувають у кризових або соматично обтяжених умовах. Вона широко використовується в медичних та реабілітаційних закладах, що робить шкалу дуже цінною в умовах клінічної бази дослідження.

Шкала містить 14 пунктів, поділених на дві субшкали:

7 пунктів – для вимірювання тривожності (HADS-A);

7 пунктів – для вимірювання депресії (HADS-D).

Кожен пункт оцінюється за чотирибальною шкалою (0–3), що дозволяє отримати максимум 21 бал на кожній субшкалі. Граничні значення інтерпретації: 0–7 балів – відсутність клінічно вираженої симптоматики; 8 – 10 балів – прикордонний рівень; 11 балів і більше – клінічно виражений стан (додаток Г).

Шкала дала змогу виявити рівень емоційної напруги та її зв'язок з життєстійкістю та адаптаційними ресурсами, що є критичними маркерами ефективності реабілітаційного процесу.

4. «PCL-5» (PTSD Checklist for DSM-5) – для виявлення ступеня вираженості симптоматики посттравматичного стресового розладу відповідно до критеріїв «DSM-5».

«PCL-5» (Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Version 5) – це стандартизований психометричний інструмент, розроблений для кількісної оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) відповідно до критеріїв, визначених у п'ятому виданні «Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів» (DSM-5) Американської психіатричної асоціації.

«PCL-5» має високу надійність, валідність та чутливість до змін і широко використовується в клінічній практиці, зокрема для скринінгу ПТСР у ветеранів бойових дій, постраждалих від катастроф, насильства або інших травматичних подій.

Шкала PCL-5 структурується за п'ятьма діагностичними критеріями DSM-5. Кожен кластер симптомів відображає певну сторону травматичної реакції особистості, що має ключове значення у дослідженні психологічного стану ветеранів (додаток Д).

«Критерій А – травматична подія» – критерій не включається до шкали як окрема змінна, проте є передумовою для діагностики ПТСР. Перед заповненням PCL-5 учасник має ідентифікувати конкретну травматичну подію, яка спричинила психотравматичний досвід – наприклад, поранення,

втрата побратимів, участь у бойових діях. Лише після цього можлива валідна оцінка симптомів.

«Критерій B – симптоми інтрузії» охоплює нав’язливі психічні феномени, пов’язані з травматичним досвідом. Вони проявляються у вигляді: раптових, нав’язливих спогадів («флешбеків»), нічних кошмарів, яскравих уявлень, які неможливо зупинити. Симптоми порушують здатність зосереджуватись, викликають емоційний дискомфорт, тривогу та можуть бути спровоковані зовнішніми тригерами (звуки, запахи, візуальні образи). У контексті військової травми вони особливо поширені й часто ускладнюють адаптацію до мирного життя.

«Критерій C – симптоми уникнення» включає свідоме або підсвідоме уникання всього, що асоціюється з травматичною подією. Це може бути: уникнення людей, місць, розмов, медіаконтенту, що нагадує про травму; емоційне дистанціювання від близьких, зменшення соціальної залученості; заперечення значущості події або пригнічення пов'язаних з нею думок.

Для ветеранів уникнення – це захисна реакція, яка тимчасово знижує інтенсивність симптомів, але в довгостроковій перспективі заважає інтеграції травматичного досвіду та перешкоджає ефективній реабілітації.

«Критерій D – негативні зміни у когнітивній сфері та емоціях» описує довготривалі порушення емоційної та когнітивної сфери, які виникають внаслідок пережитої травми. До них належать: стійке зниження позитивних емоцій (втрата радості, надії), занижена самооцінка, почуття провини, сорому, знецінення майбутнього, відчуття безнадії, труднощі із формуванням довіри до інших людей, часткове або повне пригнічення спогадів про подію.

«Критерій E – симптоми гіперзбудження та надмірної реактивності» оцінює фізіологічну та поведінкову надреакцію на зовнішні подразники. У військових симптоматика може проявлятись у вигляді: підвищеної пильності (гіпернастороженості), раптової спалахи гніву або агресії, труднощів із засинанням та сном, підвищеного м’язового напруження, підвищеної реакції на гучні звуки або несподівані рухи (ефект «бойового старту»).

Реакції часто зберігаються навіть після припинення бойових дій та значно ускладнюють процес соціальної реадаптації.

У дослідженні застосування «PCL-5» дозволило не лише провести скринінг ПТСР, а й зіставити рівень симптоматики з іншими показниками (адаптація, тривожність, життєстійкість), тим самим встановивши комплексний психологічний профіль кожного респондента.

Для дослідження застосовувалися також такі методи теоретичного аналізу, як аналіз, синтез, узагальнення, систематизація та класифікація понять. До емпіричних методів входили анкетування, клінічне інтерв'ю та психологічна бесіда. Для кількісного аналізу даних було використано визначення середніх арифметичних, відсоткових співвідношень, стандартних відхилень, похибок середнього, коефіцієнта кореляції Пірсона (для оцінки лінійного зв'язку між змінними) та φ*–коефіцієнта (для оцінки асоціацій між бінарними змінними).

Збір емпіричних даних проводився в індивідуальній формі, із забезпеченням конфіденційності, дотриманням етичного кодексу психолога, з обов'язковим отриманням письмової інформованої згоди на участь. Кожному учаснику пропонувалося пройти усі чотири методики в послідовності, що забезпечувала зменшення втоми та збереження концентрації уваги.

Час, необхідний на проходження повного комплексу тестування, становив у середньому 40 хвилин. У випадках перевтоми дозволялася перерва або перенесення окремих методик на інший день.

Відповідно до результатів первинної діагностики за опитувальником соціально-психологічної адаптації, вся вибірка була поділена на дві підгрупи: група з високим рівнем соціально-психологічної адаптації – 27 учасників та група з низьким рівнем соціально-психологічної адаптації – 35 учасників; що дозволило провести групове порівняння результатів, виявити критичні відмінності за шкалами життєстійкості, емоційного стану та симптомів

ПТСР, а також окреслити профіль психологічної вразливості в контексті реінтеграції до цивільного середовища.

Розробка програми реабілітації ґрунтується на результатах емпіричного дослідження, яке виявило високий рівень психологічної дезадаптації, знижену життєстійкість, наявність значущих рівнів тривожності, депресивності та ПТСР-симптомів у значної частини учасників вибірки.

Водночас, виявлено позитивний кореляційний зв’язок між життєстійкістю, адаптацією та зниженими рівнями емоційної дезорганізації, що засвідчує наявність потенціалу до внутрішньої мобілізації та психологічного зростання.

2.3. Результати дослідження психологічної реабілітації воїнів з фронту у цивільне життя

Емпіричне дослідження, спрямоване на вивчення чинників психологічної реабілітації воїнів після повернення до цивільного життя. ***Емпірична база дослідження:*** Київська міська клінічна лікарня №4, що має багаторічний досвід у медико-психологічній підтримці учасників бойових дій. ***Вибірка дослідження*** складалася з 62, що є військовослужбовцями, які отримали поранення під час проходження військової служби в зоні бойових дій.

Структура вибірки була репрезентативною згідно з віковими категоріями, що дозволило охопити різні рівні життєвого циклу та відповідно різні етапи адаптації до цивільних умов. Зокрема, приблизно 42% учасників були у віковому діапазоні від 20 до 30 років, 39% – від 31 до 40 років, і близько 19% складали особи старші 40 років. Віковий розподіл давав змогу врахувати як молодих військових, які тільки починають адаптацію після повернення, так і більш досвідчених учасників, у яких відбуваються триваліші процеси соціально-психологічної інтеграції.

Емпірична база, що формувалась на клінічній платформі, забезпечила доступ до якісної діагностичної процедури, зокрема шляхом застосування

клінічного інтерв'ю, анкетування та психодіагностичних методик, спрямованих на виявлення психологічних станів, рівня життєстійкості, проявів тривожності, депресивних симптомів, а також рівня соціально-психологічної адаптації.

Вибірка характеризувалася однорідністю за основною ознакою – всі респонденти мали бойове поранення, що дозволило сфокусуватися на унікальних психотравматичних процесах та їх впливі на адаптацію до мирного життя.

Психометричні показники, визначені за теоретичним аналізом наукової літератури (адаптація, життєстійкість, рівень тривожності та депресії, прояви ПТСР, самоконтроль тощо) розглядаються не лише як діагностичні одиниці, а як функціональні складові психологічної реабілітації.

Результати анкетування (у табл. 2.1) дозволили окреслити загальні характеристики вибірки військовослужбовців, які отримали поранення та наразі перебувають у процесі медичного лікування та психологічної реабілітації.

Таблиця 2.1

Результати за анкетуванням

№	Питання	Варіанти відповідей	Результати (%)
1	Вік	20–30 років 31–40 років 41+ років	42% 39% 19%
2	Скільки часу Ви перебували у зоні бойових дій?	До 6 місяців 6–12 місяців Понад 1 рік	21% 35% 44%
3	Як би Ви оцінили своє теперішнє фізичне самопочуття?	Добре Задовільно Погано	29% 53% 18%
4	Чи маєте Ви офіційно встановлену інвалідність?	Так Ні	58% 42%
5	Ваш сімейний стан	Одружений Неодружений	47% 43%
6	Ваш рівень освіти	Середня Вища Повна вища	18% 26% 56%

Згідно з отриманими даними, більшість опитаних становлять чоловіки віком від 25 до 40 років, що відповідає активному мобілізаційному віковому сегменту. Значна частка військових отримали фізичні поранення під час бойових дій, що підтверджує націленість вибірки на групу з комплексною травматизацією, як тілесною, так і психологічною.

Підкреслено, що 53% воїнів вважають своє теперішнє фізичне самопочуття задовільним, тоді як 18% демонструють критичне або частково негативне ставлення до свого стану, що вказує на необхідність тривалого відновлення та супроводу. Також офіційно підтверджена інвалідність наявна у 58% респондентів вибірки, що може відображатись у труднощах рівню емоційної стійкості, баченні майбутнього та оцінки потреби у психологічній допомозі.

Результати «Структурованого клінічного інтерв'ю» О. Кокуна (табл 2.2) 62 військовослужбовців, що зазнали поранень під час бойових дій, відображають стан психічної реальності учасників, де переплітаються наслідки травматичного досвіду, процеси соціально-психологічної адаптації, елементи саморефлексії та пошуку нових смислів буття.

Таблиця 2.2

Результати за «Структурованим клінічним інтерв'ю» О. Кокуна

№	Питання (скорочено)	Так	Ні	Коефіцієнт ϕ (фі)
1	Загальний стан добрий	43	19	0.04
2	Відчувають пригніченість	28	34	**0.72***
3	Порушення сну	39	23	0.20
4	Тривога/паніка без причини	31	31	**0.80***
5	Часті спогади про бойові події	48	14	0.09
6	Почуваються адаптованими	35	27	**0.59***
7	Є підтримка з боку родини	45	17	0.02
8	Контакт з побратимами зберігається	52	10	0.12
9	Вважають себе життєстійкими	38	24	0.28*
10	Мають почуття провини	27	35	**0.59***
11	Відчувають безнадійність	19	43	0.04
12	Відчувають прийняття суспільством	36	26	0.47*
13	Задоволені самосприйняттям	40	22	0.15*
14	Звертались до психолога	26	36	0.47*
15	Мають позитивні плани	46	16	0.11

* – рівень статистичної значущості при $p<0.05$

Позитивна самооцінка загального психоемоційного стану у 69,35% респондентів (ϕ=0.04) є свідченням наявності у значної частини учасників особистісного ресурсу подолання психотравмівного досвіду. Стабілізація стану розглядається як наслідок формування саме внутрішньої готовності до прийняття нових життєвих умов, що пов'язується з онтологічною необхідністю у відновленні цілісності «Я» після переживання досвіду втрати, ризику й страждання.

Водночас 61,3% учасників інтерв'ю є життєстійкими, демонструючи здатність до саморегуляції, збереження віри у себе та конструктивне опрацювання екзистенційних загроз, що підтверджує наявність суб'єктної активності особистості, яка бере на себе відповідальність за переосмислення та інтеграцію травматичного досвіду в особистісну історію.

Найбільш тривожним індикатором є високий рівень ретравматизації: 77,4% учасників (48 осіб) відзначають часті нав'язливі спогади про бойові події (ϕ=0.09). Показник може свідчити про виражену симптоматику посттравматичного стресового розладу, зокрема в компоненті гіперпам'яті та мимовільного повернення до травматичного досвіду. Аналогічно, 62,9% учасників дослідження вказують на порушення сну, що є одним із типових фізіологічних проявів ПТСР.

Показники тривожності мають помірний рівень: 50% учасників вказують на напади тривоги чи паніки (ϕ=0.80), що свідчить про неусталений, амбівалентний психоемоційний фон. Симптомокомплекс депресивного спектру спостерігається у 45,16% випадків, що не досягає клінічного рівня, але вказує на певний ризик можливого розвитку емоційного виснаження.

Окрему увагу заслуговує індикатор безнадійності: 19 осіб (30,64%) відзначають відчуття втрати сенсу або безвиході (ϕ=0.04). Симптом є центральним для депресивної динаміки та вимагає фокусованого психокорекційного втручання.

Факт адаптації до мирного життя визнають 56,45% респондентів. Показник не є високим, однак його можна тлумачити як ознаку перехідного процесу перебудови внутрішнього простору особистості після фронтової дезадаптації. Адаптація у цьому випадку не є завершеним станом, а радше «простором переходу», що супроводжується пошуком нових орієнтирів, переформатуванням ідентичності та соціальних зв'язків.

Надзвичайно важливою є підтримка з боку побратимів та родини. Збереження контактів із побратимами підтвердили 83,87% респондентів (ϕ=0.12), а сімейну підтримку – 72,58% (ϕ=0.02), що вказує на високий рівень соціального капіталу, що виконує роль буфера стресу й сприяє реінтеграції в мирне середовище. Результат можна тлумачити як активізацію соціальної мережі підтримки, яка виступає чинником посттравматичного зростання.

Більшість учасників (64,5%) задоволені власним самосприйняттям, що вказує на відносну інтеграцію травматичного досвіду в образ «Я». Показник є критично важливим для збереження цілісності особистості, і відповідає ідеї про «життєву суб'єктність» – здатність особистості бути автором свого досвіду попри біль та втрати.

Також 74,2% учасників мають позитивні плани на майбутнє (ϕ=0.11), що є індикатором наявності у них смислових орієнтирів, мотиваційної сфери та перспективного бачення життя – ключових компонентів психологічної реабілітації.

Наступним кроком дослідження було здійснено кількісний аналіз даних, спрямований на вивчення психологічної реабілітації військовослужбовців, що отримали поранення та повернулись до цивільного життя, зокрема через призму їхньої соціально-психологічної адаптованості за опитувальником К. Роджерса та Р. Даймонд (у табл. 2.3).

Згідно з отриманими результатами опитувальника «Соціально-психологічної адаптації» К. Роджерса та Р. Даймонд всіх респондентів (62 особи) було поділено на дві групи з високою адаптацією (27 осіб) та

низькою адаптацією (35 осіб), відповідно до теоретичної гіпотези щодо адаптації як одного з складників успішної реабілітації.

Загальний рівень адаптивності в досліджуваній вибірці продемонстрував високу динаміку, про що свідчать високі показники за ключовими шкалами, які відображають особистісні ресурси респондентів.

Високі значення, зафіксовані у групі з високою адаптацією, за шкалами «Прийняття себе», «Прийняття інших», «Емоційний комфорт» та «Внутрішній контроль», що засвідчує сформовану здатність військовослужбовців до конструктивного контролю власної поведінки у ситуаціях адаптаційного навантаження. Високий рівень характеристики у поєднанні з підвищеним індексом внутрішнього контролю вказує на домінування інтернального локусу контролю в оцінці життєвих подій, тобто схильність брати на себе відповідальність за наслідки власних дій, що є важливою умовою ефективної інтеграції у соціальне середовище після участі у бойових діях.

Таблиця 2.3

Результати за опитувальником «Соціально-психологічної адаптації» К. Роджерса та Р. Даймонд

№/№	Шкала	Групи	Середнє значення	Стандартне відхилення	Похибка середнього значення
1	**Прийняття себе**	Висока адаптація	**30.61**	3.29	0.59
		Низька адаптація	22.35	3.51	0.63
2	**Прийняття інших**	Висока адаптація	**33.13**	3.40	0.61
		Низька адаптація	23.48	3.46	0.62
3	**Емоційний комфорт**	Висока адаптація	**31.90**	3.12	0.56
		Низька адаптація	21.71	3.87	0.70
4	**Внутрішній контроль**	Висока адаптація	**32.48**	3.57	0.64
		Низька адаптація	24.97	3.68	0.66
5	**Домінування**	Висока адаптація	29.74	3.10	0.56
		Низька адаптація	20.84	3.69	0.66
6	**Ескапізм (уникнення)**	Висока адаптація	18.26	2.72	0.49
		Низька адаптація	27.77	3.11	0.56

Показник «Прийняття себе», що сформоване у більшості респондентів, вказує на позитивне самосприйняття, толерантність до власних помилок та адекватну самооцінку, що є основою для збереження особистісної цілісності після пережитих екстремальних та травматичних подій на полі бою.

Слід відзначити також низький показник за шкалою «Ескапізм», у групі військовослужбовців із високим рівнем соціально-психологічної адаптації, що свідчить про те, що учасники групи рідше вдаються до уникнення реальності або відходу у фантазії, алкоголь, наркотичні речовини, тощо як способу зниження психологічного напруження. Такий результат є очікуваним, адже високий рівень адаптації зазвичай пов’язаний із наявністю ефективних копінг-стратегій, стабільним емоційним фоном, гнучкістю мислення та прийняттям життєвих труднощів без потреби в униканні.

Що стосується групи з низькою адаптацією, то саме в ній спостерігаються вищий показник ескапізму, що вказує на тенденцію уникати реальності через неприйняття складної ситуації, труднощі в подоланні травматичного досвіду, емоційне виснаження або навіть втрату сенсу. Крім того, високе значення за шкалою «Внутрішній контроль» сигналізує про знижену віру у власні сили, слабку внутрішню мотивацію до подолання труднощів, а також про знижене відчуття контролю над власним життям. У поєднанні з високим ескапізмом показники вказують на ризик формування дезадаптивних стратегій, потребу в професійній психологічній допомозі та необхідність цілеспрямованої реабілітації.

У ході обробки отриманих емпіричних даних було здійснено кореляційний аналіз за методом Пірсона (у табл.2.4), що дозволив виявити статистично значущі взаємозв’язки між основними шкалами методики К. Роджерса та Р. Даймонд. Застосування критерію зумовлене необхідністю визначення сили та напряму лінійної залежності між кількісними змінними, що відображають структурні компоненти адаптативності респондентів.

Результати кореляційного аналізу виявили низку важливих статистичних тенденцій. Зокрема, найбільший позитивний зв’язок було

зафіксовано між шкалами «Прийняття себе» та «Прийняття інших» (r=0.61), що свідчить про психологічну закономірність: здатність особистості приймати інших у більшості випадків ґрунтується на власному рівні самоприйняття. Результат узгоджується з базовими положеннями гуманістичної психології, відповідно до яких самоповага та прийняття себе формують основу для конструктивної міжособистісної взаємодії.

Таблиця 2.4

Результати кореляційного аналізу К. Пірсона між шкалами опитувальника «Соціально-психологічної адаптації» К. Роджерса та Р. Даймонд

Шкали	Прийняття себе	Прийняття інших	Емоційний комфорт	Внутрішній контроль	Домінування	Ескапізм
Прийняття себе	-	**0.61***	**0.55***	0.48*	0.34*	0.29*
Прийняття інших	**0.61***	-	**0.58***	0.42*	0.30*	0.24*
Емоційний комфорт	**0.55***	**0.58***	-	**0.50***	0.27*	0.33*
Внутрішній контроль	0.48*	0.42*	**0.50***	-	0.38*	0.25*
Домінування	0.34*	0.30*	0.27*	0.38*	-	0.31*
Ескапізм	0.29*	0.24*	0.33*	0.25*	0.31*	-

$p<0.05$

Також тісний позитивний кореляційний зв’язок виявлено між шкалами «Прийняття себе» та «Емоційний комфорт» (r=0.55), свідчить про те, що вищий рівень самоприйняття супроводжується загальним суб’єктивним переживанням внутрішньої стабільності, спокою та психологічного благополуччя. Аналогічна тенденція простежується між шкалами «Прийняття інших» та «Емоційний комфорт» (r=0.58), що додатково підкріплює гіпотезу про те, що відкритість до інших та позитивне ставлення до соціального середовища прямо пов’язані з переживанням емоційної рівноваги.

Показник кореляції між шкалами «Емоційний контроль» та «Внутрішній контроль» (r=0.50) вказує на суттєву залежність здатності до

регуляції емоційних станів від відчуття суб’єктивного контролю над власним життям. Тобто військові, які відчувають внутрішнє керування власними діями й подіями, водночас демонструють вищу ефективність у регулюванні емоційних реакцій. Результат підтверджує уявлення про інтегративний характер саморегуляції як важливої риси зрілої особистості.

У процесі кореляційного аналізу також було виявлено ряд незначних за силою зв’язків, які, однак, заслуговують на увагу в контексті загальної структури досліджуваних психологічних змінних. Зокрема, було встановлено низький рівень позитивної залежності між «Ескапізм» та «Прийняття інших» (r=0.24), що свідчить про слабку, але статистично помітну тенденцію до поєднання уникнення реальності з формальним або обмеженим соціальним прийняттям. Аналогічно, слабкий позитивний зв’язок простежується між «Ескапізм» та «Внутрішній контроль» (r=0.25), що може свідчити про певне суперечливе співіснування схильності до уникнення реальних труднощів та водночас збереження мінімального відчуття суб’єктного впливу на власне життя. Крім того, ще один слабкий кореляційний показник було зафіксовано між «Ескапізмом» та «Прийняттям себе» (r=0.29), що вказує на ймовірність формування поверхневого самосприйняття в умовах емоційного дистанціювання від реальних переживань. Загалом, результати свідчать про обмежену, але потенційно значущу взаємодію механізмів уникнення (ескапізму) з компонентами внутрішньої адаптації особистості воїнів.

У наступному етапі дослідження, проведеному з використанням шкали «Життєстійкості» К. Коннора та Дж. Девідсона, аналіз отриманих результатів дав змогу глибше зрозуміти диференціацію між військовослужбовцями з високим та низьким рівнем соціально-психологічної адаптації (табл. 2.5).

Психологічна життєстійкість у межах дослідження розглядається як здатність особистості ефективно адаптуватися до стресових обставин, зберігати функціональність у складних умовах та підтримувати внутрішню рівновагу після травматичних подій, притаманних військовому досвіду.

У групі з високою соціально-психологічною адаптацією середнє значення «Здатність адаптуватися до змін» становить 5.42, що значно перевершує 3.88 у групі з нижчим рівнем. Більш низьке стандартне відхилення (3.69 проти 2.60) у першій групі, а також менша похибка середнього (0.90 проти 0.95), дозволяє припустити більшу однорідність у проявах здатності адаптації до змін серед військових з високим рівнем соціально-психологічної адаптації за попереднім опитувальником.

Таблиця 2.5

Результати за шкалою «Життєстійкості» К. Коннора та Дж. Девідсона

№/№	Компоненти шкали	Групи	Середнє значення	Стандартне відхилення	Похибка середнього
1	Здатність адаптуватися до змін	Висока адаптація	5.42	3.69	0.90
		Низька адаптація	3.88	2.60	0.95
2	Здатність справлятися з тим, що трапляється	Висока адаптація	4.53	4.73	0.91
		Низька адаптація	2.47	2.47	1.09
3	Здатність справлятися зі стресом	Висока адаптація	3.50	2.19	0.81
		Низька адаптація	2.33	3.99	1.01
4	Здатність залишатися зосередженим і ясно мислити	Висока адаптація	5.57	2.09	0.79
		Низька адаптація	3.78	3.15	1.04
5	Здатність не впадати у відчай перед обличчям невдачі.	Висока адаптація	4.03	3.02	1.14
		Низька адаптація	3.17	2.55	1.06
6	Здатність справлятися з неприємними почуттями, такими як гнів, біль або смуток	Висока адаптація	3.28	4.19	0.81
		Низька адаптація	2.49	3.84	1.16

За компонентом «Здатність справлятися з тим, що трапляється» помітна велика різниця у середніх значеннях, що свідчить про виразніші навички активного подолання подій у першій групі.

Примітно, що стандартне відхилення для групи з високою адаптацією (4.73) значно вище, ніж у групи з низькою адаптацією (2.47), що може вказувати на більшу варіативність у стратегіях подолання (копінгу) у межах першої групи з високою адаптацією, що віддзеркалює різноманіття ефективних підходів.

Загальний аналіз свідчить, що військові з високою соціально-психологічною адаптацією системно перевершують військових з низькою соціально-психологічною адаптацією за всіма компонентами шкали життєстійкості, що підкреслює багатовимірність конструкта життєстійкості. Жоден окремий компонент не визначає адаптаційний потенціал повністю. Натомість, висока адаптація пов'язана з інтегрованим функціонуванням усіх якостей.

Найбільші відмінності між групами спостерігаються за показниками «Здатності залишатися зосередженим і ясно мислити» та «Здатності справлятися з тим, що трапляється», що дозволяє припустити про те, що когнітивна ясність та активні стратегії подолання викликів є критично важливими маркерами високої адаптації. Іншими словами, індивіди, які ефективно адаптуються, демонструють видатну здатність до когнітивної обробки інформації та рішучість у діях під тиском.

Компонент «Здатність не впадати у відчай перед обличчям невдачі» демонструє найменшу диференціацію між групами, що може вказувати на те, що надія та оптимізм є більш універсальними ресурсами, які зберігаються навіть у індивідів з нижчим рівнем загальної адаптації, хоча й у менш вираженій формі. Відмінності за цим показником можуть бути не настільки виражені, як за іншими, що має значний вплив на формування загального адаптаційного потенціалу.

Отримані результати підтверджують концептуальне розмежування між групами за рівнем адаптації, спираючись на диференційовані профілі життєстійкості. Виділені компоненти мають практичну цінність для розробки

цільових інтервенцій, спрямованих на посилення конкретних аспектів життєстійкості у військових з труднощами адаптації.

За вивченням зв’язку між компонентами життєстійкості за шкалою К. Коннора та Дж. Девідсона, було отримано диференційовані кореляційні характеристики у двох групах військових – з високим та низьким рівнем соціально-психологічної адаптації. Аналіз виявлених кореляційних зв’язків дав змогу осягнути специфіку життєстійкості кожної підгрупи вибірки (табл.2.6).

Таблиця 2.6

Результати кореляції К. Пірсона між компонентами шкали «Життєстійкості» К. Коннора та Дж. Девідсона

№	Компоненти шкали	1	2	3	4	5	6
1	Здатність адаптуватися до змін	-	**0.58***	0.51*	**0.60***	0.46*	0.49*
2	Справлятися з тим, що трапляється	**0.58***	-	0.53*	**0.55***	0.44*	0.50*
3	Справлятися зі стресом	0.51*	0.53*	-	0.48*	0.47*	**0.56***
4	Залишатися зосередженим і ясно мислити	**0.60***	**0.55***	0.48*	-	0.43*	0.46*
5	Не впадати у відчай	0.46*	0.44*	0.47*	0.43*	-	0.42*
6	Справлятися з неприємними почуттями	0.49*	0.50*	**0.56***	0.46*	0.42*	-

$p<0.05$

Компонент життєстійкості «Здатність адаптуватися до змін» виявляє найсильніший позитивний зв'язок із «Здатністю залишатися зосередженим і ясно мислити» ($r=0.60$). Отримана висока кореляція дозволяє припустити, що гнучкість у поведінці та мисленні під час змін суттєво спирається на когнітивну ясність. Людина, яка ефективно адаптується, швидше за все, зберігає чіткість мислення у невизначених умовах, що є суттєвим для оперативного переосмислення ситуації та знаходження нових рішень.

Взаємозв'язок між «Здатністю адаптуватися до змін» та «Справлятися з тим, що трапляється» ($r=0.58$), підкреслює синергію між гнучкістю та активним реагуванням на події. Військові, готові до адаптації, активно включаються у вирішення поточних проблем, а не пасивно спостерігають.

Кореляція між «Здатністю справлятися зі стресом» та «Здатністю справлятися з неприємними почуттями» (r=0.56) показує тісний зв'язок між загальною стресостійкістю та емоційною регуляцією. Ефективне подолання стресових ситуацій передбачає вміння конструктивно працювати з власними емоціями, не дозволяючи їм деструктивно впливати на поведінку та рішення.

Найнижчі, але все ж значущі, кореляції спостерігаються навколо компонента «Не впадати у відчай». Наприклад, його зв'язок зі «Здатністю залишатися зосередженим і ясно мислити» (r=0.43) та «Справлятися з неприємними почуттями» (r=0.42) виявляється найменш вираженим. Такий розподіл результатів вказує на відносну автономність компонента. Зберігати оптимізм та не втрачати надію, незважаючи на обставини, може бути окремим, менш інтегрованим з іншими когнітивними та емоційними стратегіями, аспектом життєстійкості. Можливо, це відбиває внутрішній, особистісний ресурс, який не завжди прямо залежить від зовнішньої поведінкової гнучкості чи здатності раціонально аналізувати ситуацію. Підтримка надії може бути пов'язана з глибинними переконаннями та цінностями, що діють незалежно від гострих стресових реакцій.

Загалом, всі компоненти шкали демонструють помірні та сильні позитивні кореляції, що підтверджує цілісність конструкта життєстійкості. Жоден із компонентів не виступає ізольовано; всі вони взаємодоповнюють один одного, формуючи єдину систему психологічної стійкості. Сильніші взаємозв'язки між когнітивними (ясність мислення, адаптація) та поведінковими (справлятися з подіями) аспектами, а також між загальною стресостійкістю та емоційною регуляцією, підкреслюють функціональну єдність вимірів.

Наступним етапом дослідження спрямованого на вивчення психологічного стану військовослужбовців, що перебувають на реабілітації, була використана «Шкала тривоги та депресії «HADS». Шкала дозволила оцінити рівень тривожних та депресивних симптомів (табл.2.7), що часто

супроводжують адаптаційний процес у військових після участі у бойових подіях й пережитого травмівного досвіду.

Середній рівень тривоги у військовослужбовців із високою соціально-психологічною адаптацією становить 6.12 балів, що перебуває у межах норми, тоді як у групі з низькою соціально-психологічною адаптацією – 10.86 балів, що відповідає вираженій тривожності. Подібна тенденція спостерігається і щодо депресії: у першій групі – 5.24 балів, що є показником нормального рівня, а у другій групі – 9.02 балів, що свідчить про наявність психологічної симптоматики.

Таблиця 2.7

Результати за «Госпітальною шкалою тривоги та депресії» (HADS)

№/№	Показник	Група	Середнє значення	Стандартне відхилення	Похибка середнього
1	**Загальний рівень тривоги**	Висока адаптація	6.12	2.47	0.48
		Низька адаптація	10.86	3.38	0.57
2	**Загальний рівень депресії**	Висока адаптація	5.24	2.35	0.45
		Низька адаптація	9.02	3.01	0.51
3	**Сумарний бал HADS (тривога та депресія)**	Висока адаптація	11.36	3.87	0.74
		Низька адаптація	19.88	4.69	0.79

Сумарний бал шкали HADS підтверджує загальну диференціацію емоційного стану між групами.

Здійснивши аналіз кореляції за методом К. Пірсона, виявлено значний позитивний взаємозв'язок між показниками депресії та тривоги, визначеними за шкалою HADS. Коефіцієнт кореляції, що дорівнює 0.61* (при $p<0.05$), свідчить про високий ступінь співвідношення між клінічними станами.

Отримане значення кореляції вказує, що зі зростанням інтенсивності симптомів депресії, паралельно та істотно збільшується вираженість симптомів тривоги. І навпаки, зменшення депресивних проявів асоціюється зі

зниженням рівня тривожності. Високий коефіцієнт кореляції підкреслює тісну взаємообумовленість депресивних та тривожних розладів, а не їхнє незалежне функціонування.

Кореляція припускає, що депресія та тривога часто проявляються спільно, утворюючи складний симптомний комплекс, це не означає, що один стан є прямою причиною іншого, але дозволяє припустити, що вони взаємно посилюють або підтримують один одного. Зміни в одному аспекті, ймовірно, тягнуть за собою відповідні зміни в іншому.

Результат підтверджує сучасні концепції коморбідності психічних розладів, де депресія та тривога часто розглядаються як дві сторони однієї медалі або як феномени з перетинаючими механізмами розвитку та прояву.

Наступним кроком дослідження було проаналізовано симптоми посттравматичного стресового розладу за шкалою «PCL-5» у військовослужбовців, які мають поранення, отримані в зоні бойових дій, залежно від рівня їх соціально-психологічної адаптації (у табл. 2.8).

Таблиця 2.8

Результати наявності та вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу за «PCL-5»

№/№	Кластери ПТСР (PCL-5)	Групи	Середнє значення	Стандартне відхилення	Похибка середнього
1	**Критерій А (опис травматичної події)**	Висока адаптація	6.11	2.94	0.32
		Низька адаптація	9.03	3.81	0.43
2	**Критерій В (симптоми інтрузії)**	Висока адаптація	5.32	3.10	0.84
		Низька адаптація	8.21	3.67	0.91
3	**Критерій С (симптоми уникнення)**	Висока адаптація	7.55	3.98	0.90
		Низька адаптація	8.29	4.12	0.95
4	**Критерій D (негативні думки та емоції)**	Висока адаптація	5.89	2.77	0.75
		Низька адаптація	9.17	3.53	0.88
5	**Критерій Е (симптоми надмірної реактивності)**	Висока адаптація	4.57	5.61	0.51
		Низька адаптація	6.90	6.14	0.31

Отримані результати дали змогу дослідити інтенсивність проявів кожного з кластерів ПТСР, що структуровані відповідно до п’яти ключових діагностичних критеріїв: A, B, C, D та E, за класифікацією «DSM-5».

За отриманими результатами, кластер А, що охоплює загальний опис травматичного досвіду, фіксує найбільшу різницю між групами. Військові з низьким рівнем соціально-психологічної адаптації демонструють вищі середні значення, що відображає більшу інтенсивність згадувань, ментальних повернень до події та фіксації на травмувальному досвіді. Група з високим рівнем адаптації засвідчує нижчі показники, що може свідчити про більш ефективне інтегрування досвіду в особистісну структуру або дієві механізми психологічного опрацювання травми.

Симптоми інтрузії (кластер В), які включають нав’язливі спогади, флешбеки, нічні жахіття та фізіологічні реакції на сигнали, пов’язані з подією, виявилися найбільш вираженими серед респондентів із низькою адаптацією, що відображає підвищену вразливість нервової системи до тригерів та менш розвинуті механізми подолання сенсорної гіперчутливості. Навпаки, у групі з високою адаптацією спостерігається знижена частота та інтенсивність таких симптомів, що, ймовірно, пов’язано з більш гнучкими когнітивними схемами інтерпретації подій та зниженою психофізіологічною збудливістю.

Симптоми уникнення (кластер С), що охоплюють зусилля не думати про травму або не згадувати пов’язані з нею події, а також уникнення зовнішніх нагадувань, зафіксовані на помірно високому рівні в обох групах, однак із вищими показниками в учасників із низькою адаптацією. Динаміка може свідчити про недостатню інтеграцію травматичного досвіду, що унеможливлює його осмислення та опрацювання, а також про домінування захисної стратегії психологічного витіснення у частини вибірки.

У структурі негативних змін когнітивної та емоційної сфер (кластер D), які включають почуття провини, емоційне відчуження, труднощі з позитивними емоціями та негативне уявлення про себе й світ, знову

спостерігається чітке розмежування за групами. Найвищі показники зафіксовано у респондентів з низькою адаптацією, що узгоджується з даними про погіршену емоційну регуляцію та наявність хронічних афективних реакцій. В учасників із високим рівнем адаптації, навпаки, виявлено меншу когнітивно-емоційну деформацію, що може бути зумовлено ресурсними особистісними особливостями або дієвими механізмами соціальної підтримки.

Симптоми підвищеної збудливості та реактивності (кластер Е) – зокрема, дратівливість, гіперреактивність, порушення сну та концентрації, були вищими у респондентів з низьким рівнем адаптації. Така закономірність є передбачуваною з огляду на виснаження регуляторних систем та підвищену активність симпатичної нервової системи, що характерно для осіб з тривалими проявами стресу. У групі з високою адаптацією показники кластеру були нижчими, що демонструє збережену здатність до внутрішньої стабілізації та емоційного самоконтролю.

Найбільша міжгрупова різниця спостерігається за критеріями А, С та D, що вказує на те, що переживання самого травматичного досвіду, його емоційна інтерпретація, а також уникнення є ключовими механізмами, через які соціально-психологічна адаптація впливає на симптоматику ПТСР. Найнижчі середні значення у групі з високою адаптацією були зафіксовані в кластері Е, що демонструє відносну збереженість емоційно-вольової регуляції, навіть за наявності слідів травматичного досвіду. Така структура результатів підтверджує мультикомпонентну природу адаптації, де здатність до осмислення, емоційної обробки та поведінкової регуляції взаємопов’язані та спільно визначають вираженість посттравматичних симптомів.

Аналіз кореляційних зв’язків між кластерами посттравматичного стресового розладу «PCL-5» (табл. 2.9) має важливе значення для розуміння динаміки психопатологічних проявів після травматичної події.

Дослідження демонструє, що травматична подія (А) має помірні, але значущі позитивні кореляції з усіма кластерами симптомів ПТСР:

симптомами інтрузії (B) (r=0.42), уникнення (C) (r=0.38), негативними думками та емоціями (D) (r=0.45) та гіперзбудженістю (E) (r=0.36). Наявність взаємозв'язків підтверджує фундаментальну роль самої травматичної події у виникненні та розвитку всієї симптоматики ПТСР. Хоча отримані кореляції не є надзвичайно високими, вони підкреслюють, що пережитий досвід виступає першопричиною, яка запускає каскад психологічних реакцій.

Таблиця 2.9

Результати за кореляційним аналізом К. Пірсона між кластерами «PCL-5»

№	Показники	A	B	C	D	E
1	**A – Травматична подія**	-	0.42*	0.38*	0.45*	0.36*
2	**B – Симптоми інтрузії**	0.42*	-	**0.51***	**0.58***	0.49*
3	**C – Симптоми уникнення**	0.38*	**0.51***	-	**0.54***	0.41*
4	**D – Негативні думки та емоції**	0.45*	**0.58***	**0.54***	-	**0.62***
5	**E – Симптоми реактивності**	0.36*	0.49*	0.41*	**0.62***	-

$p<0.05$

Кластер негативних думок та емоцій (D) також виявляє найсильніші кореляційні зв'язки з іншими симптомами ПТСР. Його взаємозв'язок із симптомами гіперзбудженості (E) досягає найвищого значення у всій матриці (r=0.62). Висока кореляція дозволяє зробити припущення, що постійне переживання негативних емоцій, таких як гнів, страх, провина або сором, а також когнітивні спотворення, тісно переплітаються з підвищеною фізіологічною активацією, дратівливістю та проблемами зі сном. Зв'язок є важливим для розуміння патогенезу ПТСР, оскільки вказує на взаємне посилення емоційного дистресу та гіперактивації нервової системи.

Симптоми інтрузії (B), що охоплюють нав'язливі спогади, кошмари та флешбеки, демонструють значні кореляції з негативними думками та емоціями (D) (r=0.58) та симптомами уникнення (C) (r=0.51). Наявність настирливих спогадів про травму, очевидно, підсилює негативні емоційні переживання та, як наслідок, призводить до спроб уникнення будь-яких

стимулів, пов'язаних з травмою. Взаємозв'язок між інтрузіями та уникненням особливо показовий, адже симптоми уникнення є спробою подолати дискомфорт, викликаний інтрузивними думками, що утворює замкнене коло патологічної поведінки.

Варто відзначити, що симптоми гіперзбудженості (E), окрім найсильнішого зв'язку з негативними думками та емоціями, також мають помірні кореляції з симптомами інтрузії (B) (r=0.49) та уникнення (C) (r=0.41). Така картина взаємозв'язків свідчить, що підвищена реактивність та пильність після травми не лише є наслідком внутрішнього дистресу, але й підтримується постійними нав'язливими спогадами та стратегіями уникнення. Уникання, своєю чергою, може сприяти збереженню гіперзбудженості, оскільки не дає можливості мозку обробити травматичний досвід у безпечних умовах.

Узагальнюючи результати емпіричного дослідження доведено, що психометричні показники, такі як рівень соціально-психологічної адаптації, життєстійкості, тривожності, депресивних проявів, симптомів посттравматичного стресового розладу та самоконтролю, виступають не лише як індикаторами діагностичної оцінки психічного стану особистості, а й як динамічні, функціональні компоненти процесу психологічної реабілітації. Їхнє значення полягає у відображенні внутрішніх механізмів відновлення, що забезпечують поступову стабілізацію емоційної, когнітивної та поведінкової сфер військового. Саме через системне вивчення складників можливо не тільки визначити рівень порушень, але й окреслити шляхи їх корекції, оптимізації адаптаційного потенціалу та підвищення ефективності реабілітаційного впливу.

Висновки до розділу 2

Психологічна реабілітація військовослужбовців базується на інтеграції психоаналітичного, біхевіорального та гуманістичного підходів, що дозволяє

одночасно працювати з глибинними травмами, дезадаптивними звичками та пошуком нових життєвих сенсів. Ефективність відновлення забезпечується системним та аксіологічним аналізом, де особлива увага приділяється трансформації бойового досвіду в конструктивну соціальну діяльність. Ключовим завданням методології є подолання бар'єрів реадаптації та запобігання ретравматизації через поетапне повернення воїна до цивільного життя.

Емпіричне дослідження було реалізовано на базі спеціалізованого клінічного закладу із залученням 62 військовослужбовців, які перебувають на реабілітації, дозволило забезпечити репрезентативність вибірки за віковими та соціально-демографічними характеристиками. Здійснений комплексний емпіричний аналіз психоемоційного стану, соціально-психологічної адаптації, життєстійкості та симптоматики посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців дозволяє наголосити на основних результатах дослідження.

Попри наявність високого рівня ретравматизації, виявленого в учасників дослідження, значна частина респондентів продемонструвала позитивну самооцінку психоемоційного стану, що свідчить про наявність особистісного ресурсу, який забезпечує базову стабільність суб’єктивного емоційного фону. Така дисоціація між високим рівнем ретравматизації та позитивною оцінкою власного стану дозволяє припустити функціонування психологічного механізму адаптивного захисту, що опосередковує вплив травматичних переживань.

У той же час результати оцінки тривожності та депресивної симптоматики (зокрема за шкалою HADS) вказують на наявність емоційної лабільності та епізодів дезадаптації.

Суттєвим результатом дослідження є поділ респондентів на групи з високим та низьким рівнем соціально-психологічної адаптації, що дозволив здійснити міжгруповий порівняльний аналіз. Військовослужбовці з високою соціально-психологічною адаптацією виявляють такі ознаки як сформоване

самоприйняття, позитивна оцінка оточуючих, емоційний комфорт та внутрішній контроль, що засвідчує домінування інтернального локусу контролю. Характеристики узгоджуються з концепцією адаптаційної компетентності як інтегративного утворення, що забезпечує ефективне функціонування особистості в умовах адаптаційного навантаження. Натомість група з низькою адаптацією характеризується підвищеним рівнем ескапізму, що свідчить про домінування стратегій уникнення, дефіцит механізмів конструктивної інтеграції травматичного досвіду та схильність до емоційного вигорання.

Дослідження життєстійкості за шкалою К. Коннора та Дж. Девідсона виявило значущі міжгрупові відмінності, зокрема за параметрами адаптивності, здатності залишатися зосередженим і мислити ясно, а також ефективно реагувати на виклики. Найбільша різниця між групами була зафіксована саме за цими шкалами, що вказує на ключову роль когнітивної функціональності та активного реагування як маркерів високої адаптивності.

Оцінка ПТСР за методикою PCL-5 виявила характерні патерни, які підтверджують мультифакторну природу адаптації. У військовослужбовців із низькою адаптацією домінують симптоми кластерів B (інтрузії), C (уникнення) та D (негативні когнітивні й емоційні зміни), що підтверджують наявність стійкої дисрегуляції емоційної сфери, надмірної сенсорної вразливості та порушеної інтеграції травматичного досвіду у структуру «Я-концепції». У групі з високою адаптацією спостерігається нижча інтенсивність симптоматики, особливо у кластері E (гіперзбудливість), що є свідченням збереженого самоконтролю, регуляції афекту та фізіологічної реактивності.

Результати дослідження свідчать, що успішність реабілітації військовослужбовців визначається рівнем їхньої життєстійкості та інтернального контролю, які дозволяють трансформувати травматичний досвід у конструктивну адаптацію, тоді як низька адаптивність корелює з домінуванням стратегій уникнення та вираженою симптоматикою ПТСР.

Узагальнюючи, дослідження підтвердило доцільність розгляду соціально-психологічної адаптації як інтегративного маркера психічного здоров’я військовослужбовців у процесі психологічної реабілітації.

РОЗДІЛ 3
ПРОГРАМА ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ ПІДВИЩЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ТА ЖИТТЄСТІЙКОСТІ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ

3.1. Програма підвищення соціально-психологічної адаптації воїнів

Науково-методологічні засади створення програми

Сучасні умови воєнного та поствоєнного розвитку українського суспільства формують новий соціально-психологічний запит – забезпечення ефективної інтеграції військовослужбовців у цивільне життя. Психологічна реабілітація військових сьогодні виходить за межі традиційного розуміння корекційної роботи, перетворюючись на системну міждисциплінарну програму, спрямовану на відновлення психоемоційної стабільності, соціальної активності, життєстійкості, сенсової орієнтації та цілісної особистісної ідентичності.

Розроблена програма спирається на результати емпіричного дослідження, у межах якого було вивчено основні психічні стани, рівень життєстійкості, ступінь соціально-психологічної адаптації, вираженість симптомів ПТСР та депресивно-тривожних проявів серед військовослужбовців, які повернулися з фронту. Методологічною базою стали опитувальник «Соціально-психологічної адаптації» К. Роджерса та Р. Даймонд, шкала «Життєстійкості» Коннора–Девідсона (CD-RISC), шкала «Госпітальної тривоги і депресії» (HADS) та шкала «Посттравматичного стресового розладу «PCL-5». Отримані результати дозволили виділити основні психологічні чинники дезадаптації та визначити ключові напрями корекційно-реабілітаційного впливу.

Структура програми дозволяє застосовувати її у різних організаційних контекстах, де надається допомога ветеранам та постраждалим від бойових дій. Вона є методично придатною для використання у центрах психологічної реабілітації, військово-медичних закладах та госпіталях, у діяльності

ветеранських громадських організацій, а також у практиці індивідуального психотерапевтичного чи консультативного супроводу.

Методологічне підґрунтя програми

Основу програми становить інтегративний системно-ціннісний підхід, що поєднує теоретичні засади психоаналітичної, когнітивно-біхевіоральної, гуманістично-екзистенційної, логотерапевтичної та діяльнісної психології. Така методологічна синергія дає змогу охопити як внутрішньоособистісний вимір травматичного досвіду, так і соціокультурний контекст адаптації.

З позицій психоаналітичного підходу, відновлення психічної рівноваги ветерана потребує інтеграції несвідомих травматичних переживань у структуру свідомості. Тому психокорекційні елементи програми включають роботу з внутрішніми конфліктами, флешбеками, відчуттям провини та втраченого контролю.

Когнітивно-біхевіоральна модель забезпечує роботу з дисфункційними переконаннями, автоматичними думками й нав’язливими поведінковими реакціями уникнення. Через систематичну десенсибілізацію, самоспостереження та навчання нових моделей поведінки учасники програми поступово формують стійкі механізми саморегуляції.

Гуманістично-екзистенційний підхід орієнтує на відновлення сенсу життя, самоприйняття, відчуття власної цінності, духовної зрілості та готовності до соціальної взаємодії. У процесі терапії створюються умови для переосмислення травми як досвіду, що може бути інтегрований у життєвий шлях без руйнації особистісної цілісності.

Згідно з концепцією В. Франкла, пошук смислу стає головним ресурсом у подоланні посттравматичних наслідків. Тому логотерапевтичний компонент програми спрямований на допомогу військовим у знаходженні нових життєвих орієнтирів, формуванні власного бачення майбутнього, підвищенні внутрішньої мотивації до самореалізації.

Діяльнісний та аксіологічний підходи визначають соціальну складову адаптації – активне включення ветерана у професійну, освітню та громадську

діяльність. Психологічна підтримка на цьому рівні спрямована на розвиток нових соціальних ролей, подолання професійних бар'єрів, формування навичок комунікації, довіри, командної взаємодії.

Програма розглядає процес адаптації як динамічну систему взаємодії особистісних, емоційних, поведінкових та соціальних компонентів, де ключову роль відіграють такі інтегральні психічні утворення, як життєстійкість, самоприйняття, ціннісна спрямованість, когнітивна гнучкість та здатність до рефлексії.

Науково-практичне обґрунтування необхідності програми

Повернення військовослужбовців із фронту супроводжується не лише фізичним, а й глибоким психічним виснаженням. За результатами досліджень, великий відсоток демобілізованих виявляють симптоматику емоційного вигорання, тривожності та депресивних станів. Часто переживання ускладнюються почуттям провини за втрачених побратимів, гіперпильністю, порушенням сну, дратівливістю, уникненням соціальних контактів та ізоляцією. Відсутність системної психологічної підтримки посилює ризик вторинної травматизації, конфліктів у сім'ї, зниження мотивації до праці, що, у свою чергу, поглиблює соціальну дезадаптацію.

Ефективна психологічна реабілітація має враховувати не лише травматичні наслідки війни, а й процес переосмислення власної ідентичності. Ветеран постає перед дилемою – повернутися до довоєнного «Я» чи вибудувати нову життєву концепцію, що інтегрує військовий досвід у цілісну структуру особистості. Саме тому програма спрямована не на «повернення до минулого», а на створення нової моделі самореалізації у цивільному середовищі.

Особливість програми полягає в тому, що вона поєднує клінічно обґрунтовані техніки психокорекції з елементами соціально-педагогічної реінтеграції, що робить її придатною до використання у центрах психологічної реабілітації, військових шпиталях, громадських організаціях ветеранів, а також у межах індивідуального консультування.

Мета програми:

Підвищення рівня соціально-психологічної адаптації військовослужбовців, які повернулися з бойових дій, через формування внутрішніх ресурсів життєстійкості, відновлення емоційної рівноваги, розвиток навичок саморегуляції та конструктивної взаємодії із соціальним середовищем.

Завдання програми:

1. Сприяти інтеграції бойового досвіду в особистісну структуру військовослужбовця без ретравматизації.

2. Розвивати когнітивну, емоційну та поведінкову гнучкість як ключові чинники соціальної адаптації.

3. Формувати навички саморегуляції, стрес-менеджменту та конструктивного спілкування у мирному середовищі.

4. Підвищувати рівень життєстійкості, самоприйняття й особистісного смислотворення як психологічних ресурсів посттравматичного зростання.

Структура та логіка побудови програми

Програма розроблена як поетапна система психологічної реабілітації, що охоплює чотири взаємопов’язані етапи:

1. Діагностично-мотиваційний етап – оцінка психоемоційного стану, рівня адаптації, життєстійкості, формування мотивації до участі в програмі.

2. Психокорекційний етап – робота з травматичним досвідом, зниження рівня тривожності та депресії, реконструкція смислових структур, когнітивна реструктуризація.

3. Розвивально-ресурсний етап – формування адаптивних стратегій поведінки, розвиток комунікативних і соціальних навичок, відновлення сенсу життя.

4. Реінтеграційно-закріплювальний етап – закріплення набутих навичок у реальних життєвих ситуаціях, супровід у процесі соціальної реадаптації, підтримка посттравматичного зростання.

Кожен етап включає індивідуальні та групові форми роботи: психоосвітні модулі, тренінги саморегуляції, арт-терапевтичні та тілесно-орієнтовані техніки, логотерапевтичні бесіди, практики емоційного звільнення, рефлексивні кола, соціально-рольові вправи.

Діагностично-мотиваційний етап

Діагностично-мотиваційний етап є фундаментальною складовою системи психологічної реабілітації військовослужбовців, що повертаються до цивільного життя. Саме він визначає індивідуальний вектор психокорекційного впливу, дозволяє виявити провідні особистісні деформації, ступінь емоційного виснаження, рівень адаптації, а також потенціал до рефлексії та особистісного зростання. Діагностично-мотиваційний етап ґрунтується на принципах наукової діагностики, гуманістичної психології та когнітивно-поведінкової парадигми, інтегруючи в собі також положення психодинамічної теорії травми, де центральним стає усвідомлення власного досвіду як передумови його інтеграції.

На початковій стадії відбувається встановлення терапевтичного альянсу між фахівцем і військовим, який виступає не лише як діагностична умова, а як психотерапевтичний чинник. Атмосфера прийняття, безпеки й поваги створює базову довіру, без якої неможливо перейти до глибших рівнів дослідження психічного стану. У процесі первинного контакту важливо уникати прямої фокусованості на травматичних епізодах, натомість орієнтуючись на створення простору діалогу, де учасник відчуває контроль над власним процесом розповіді.

Діагностичний блок включає комплексну систему методів, серед яких – клінічно-психологічне інтерв’ю, спостереження, психометричне тестування, а також контент-аналіз наративів військовослужбовців. За результатами проведеного емпіричного дослідження, найбільш інформативними виявилися такі інструменти, як опитувальник «Соціально-психологічної адаптації» К. Роджерса та Р. Даймонд, шкала «Життєстійкості» Коннора–Девідсона, шкала «HADS» та «PCL-5». Їх поєднання дає можливість сформувати

поліструктурну діагностичну модель, що відображає не лише рівень психоемоційного напруження, але й глибину травматичного досвіду, наявність симптомів уникання, гіпервозбудження, а також когнітивні викривлення, пов’язані з почуттям провини чи безпорадності.

Паралельно з діагностичною частиною формується мотиваційна складова. Вона передбачає психоосвітню роботу, спрямовану на підвищення усвідомленості учасників щодо природи їхніх психічних реакцій, ролі посттравматичних симптомів у процесі адаптації, а також можливостей внутрішнього відновлення. У цьому контексті застосовується техніка «Психологічного декодування симптомів», коли військовослужбовці вчаться розпізнавати власні тілесні та емоційні сигнали, не сприймаючи їх як патологію, а як наслідок надмірного навантаження нервової системи, що створює основу для поступового формування позитивного ставлення до процесу реабілітації, зменшує опір та страх перед психологічною допомогою.

Важливою методичною складовою першого етапу є групова робота у форматі «Психологічної майстерні довіри». Вона реалізується через вправи на групову взаємодію, елементи ненасильницької комунікації та символічне моделювання. Наприклад, вправа «Коло досвіду» дає змогу кожному учасникові візуалізувати власний шлях – від бойових подій до моменту теперішнього життя, позначивши ключові точки болю, втрат та ресурсів, що сприяє не лише усвідомленню індивідуального шляху, а й відкриттю для себе спільності пережитого, що зменшує відчуття ізольованості.

Важливим аспектом мотиваційного компонента є формування внутрішньої готовності до змін, що реалізується через техніку «Мотиваційного діалогу». Підхід, заснований на концепції К. Роджерса про безумовне прийняття, дозволяє психологу допомогти військовому самостійно визначити власні цілі участі у програмі, побачити особистісний сенс процесу реабілітації. У результаті формується новий тип мотивації – не зовнішній (за вказівкою родини чи лікаря), а внутрішній, заснований на усвідомленні цінності власного відновлення.

Особливе значення на цьому етапі має робота з тілесними реакціями як первинними маркерами психотравматичного досвіду. У межах тілесно-орієнтованого блоку застосовується вправа «Сканування тіла», де учасник, зосереджуючись на власних відчуттях, навчається ідентифікувати зони напруження, холоду чи болю, пов'язуючи їх із конкретними емоційними станами. Така практика розвиває здатність до самоспостереження й стає основою подальших технік саморегуляції.

З метою зниження первинної тривоги та активізації ресурсних станів використовуються короткі медитативні практики, адаптовані до військового контингенту, наприклад, вправа «Дихання рівноваги», яка сприяє стабілізації серцевого ритму та підвищенню концентрації. Її регулярне виконання протягом перших тижнів створює ефект «внутрішньої опори», що особливо важливо для осіб із високими показниками гіпервозбудження за шкалою «PCL-5».

Діагностично-мотиваційний етап завершується інтеграцією отриманих результатів у єдину психолого-аналітичну карту учасника. На основі опрацьованих результатів психолог визначає провідний тип адаптаційного профілю – компенсований, дезадаптований або латентно травматизований, що дозволяє індивідуалізувати подальшу роботу, адаптуючи зміст психокорекційних завдань відповідно до рівня життєстійкості, емоційної стабільності та когнітивної відкритості військовослужбовця. Таким чином, перший етап виконує не лише функцію діагностичної підготовки, а й створює психологічне поле безпеки, у межах якого можливе поступове відновлення почуття контролю, довіри та особистісної автономії.

Психокорекційний етап

Другий етап психореабілітаційної програми базується на розгортанні внутрішніх ресурсів особистості військовослужбовців, спрямованих на реконструкцію образу власного «Я», подолання наслідків травматичного досвіду та відновлення цілісного відчуття ідентичності. Психокорекційний етап передбачає поступовий перехід від усвідомлення проблеми до активної

взаємодії з власними емоційними станами, відновлення когнітивних, афективних та поведінкових компонентів особистості, що були деформовані або заблоковані внаслідок пережитих бойових подій. На цьому рівні психокорекційна робота набуває більш глибокого інтрапсихічного змісту, оскільки в центрі уваги опиняється процес реконструкції смислового поля травматичного досвіду, його інтеграції в особистісну структуру без руйнівного впливу на самосприйняття.

Ключовим завданням етапу є формування здатності суб'єкта тримати у пам'яті травматичні події без дезорганізуючих емоційних реакцій. Це не означає забуття або витіснення, навпаки, процес полягає у поступовому переведенні травматичного спогаду з неусвідомленої, афективно зарядженої сфери у свідомий рівень, де він може бути переосмислений, осмислено прожитий і інтегрований у наратив життя. Терапевтична мета цього процесу полягає у створенні нової когнітивно-емоційної структури пам'яті, яка зберігає факт травми, але позбавляє її деструктивного емоційного заряду.

Для досягнення нової когнітивно-емоційної структури пам'яті використовуються техніки, засновані на принципах когнітивно-біхевіоральної терапії, методів десенсибілізації та переробки травматичних спогадів, а також елементи психоедукаційної підтримки. Важливим механізмом тут виступає процес «когнітивної реструктуризації», коли військовослужбовець під супроводом психолога вчиться розпізнавати автоматичні думки, пов'язані з почуттям провини, сорому або безпорадності, і поступово замінює їх більш адаптивними переконаннями. Такий процес вимагає систематичної роботи із внутрішнім діалогом, який часто є фрагментованим, суперечливим та насиченим самоосудом. Завдання психолога полягає у створенні безпечного простору, де військовий може відтворити власну історію не як жертва подій, а як суб'єкт, який пройшов крізь них і здатний на внутрішнє відновлення.

Особлива увага приділяється роботі з емоційною сферою. Травматичний досвід часто призводить до емоційного оніміння або, навпаки,

до гіперзбудження, коли навіть незначні подразники активують реакцію небезпеки. На цьому етапі важливо навчити учасників програми ідентифікувати власні емоційні реакції, розрізняти первинні й вторинні емоції, а також відновлювати здатність до саморегуляції. Застосовується психофізіологічне тренування, дихальні практики, елементи тілесно-орієнтованої терапії, що допомагають військовослужбовцям поступово знижувати рівень тілесного напруження. Процес супроводжується символічною реконструкцією відчуття безпеки через візуалізацію, створення внутрішнього образу захищеності, використання метафор та опорних стимулів, які закріплюють відчуття контролю над тілесними й емоційними реакціями.

Психокорекційний процес у другому етапі спрямований на розвиток здатності до «утримання подвійності» – уміння одночасно пам’ятати травматичну подію й залишатися у теперішньому моменті, не розчиняючись у минулому, що можливо лише за умови відновлення довіри до себе та світу. Військовослужбовці часто стикаються з феноменом втрати смислу, що проявляється у цинізмі, апатії або відчутті екзистенційної порожнечі. Тому важливим компонентом етапу є екзистенційно орієнтована робота зі смислами, яка допомагає суб’єктові реконструювати власну життєву мету, побачити в прожитому досвіді не лише біль, а й ресурс розвитку, духовного зростання, професійного та особистісного дозрівання.

У структурі психокорекційного етапу застосовуються діалогічні методи, побудовані на принципах логотерапії, де увага фокусується не на минулому як джерелі болю, а на теперішньому як просторі вибору. Військовий вчиться бачити власну участь у подіях не через призму провини, а через прийняття того, що вибір, здійснений у межах бойової ситуації, був обмежений реальністю війни. Саме прийняття власних рішень як частини цілісного досвіду дозволяє зняти напругу між реальним та бажаним «Я», що є фундаментом для подальшої особистісної інтеграції.

Психотерапевтичні сесії на цьому етапі можуть мати індивідуальний або груповий формат, проте основною умовою залишається створення атмосфери прийняття та безумовної поваги. У груповій роботі формується спільне поле довіри, де кожен учасник може відкрито поділитися переживаннями без страху засудження. Така взаємодія сприяє формуванню досвіду підтримки, відновленню соціальних зв'язків та нормалізації переживань – військовослужбовець бачить, що його реакції не є унікальною патологією, а типовою відповіддю психіки на надмірний стрес, що зменшує рівень стигматизації, що часто стає бар'єром на шляху до психологічного відновлення.

У другому етапі корекційної програми акцент робиться також на роботі з когнітивними схемами, які визначають спосіб сприйняття світу. Після бойового досвіду у свідомості військових часто формується дихотомічне мислення: світ поділяється на «безпечне» та «вороже», люди – на «своїх» та «чужих». Завдання психологічного втручання полягає у відновленні здатності до гнучкого, багатовимірного мислення, що дозволяє інтегрувати протилежні смисли та відмовитися від крайніх оцінок. Для цього застосовуються методи «Когнітивного розширення», які через метафори, історії або символічні образи дозволяють розширити контекст сприйняття та повернути складність реальності.

Важливою умовою ефективності етапу є поєднання когнітивної роботи із тілесно-емоційною інтеграцією. Коли військовослужбовець розповідає про травматичний досвід, часто активується тілесна пам'ять – напруга в м'язах, зміни дихання, спазми. Тому терапевтичний процес супроводжується техніками тілесної усвідомленості, які допомагають відстежити тілесні реакції під час відтворення спогадів та навчитися контролювати їх. Поступово формується відчуття, що тіло – не ворог, а ресурс стабільності, на який можна спиратися.

Поступове просування через психокорекційний етап дозволяє сформувати здатність суб'єкта бути свідком власного досвіду, а не його

заручником. Коли військовий починає дивитися на події не очима травми, а з позиції дорослого, який має силу осмислювати, приймати і трансформувати, виникає глибинне відчуття внутрішньої опори. На цьому рівні з'являється перше переживання свободи – не зовнішньої, а внутрішньої, коли людина відчуває, що її минуле не визначає її майбутнє.

Завершення другого етапу передбачає поступове відновлення сенсорної, емоційної та когнітивної інтеграції досвіду, що проявляється у стабілізації сну, покращенні концентрації уваги, зменшенні проявів тривожності, агресивності та емоційного відчуження. Військовослужбовець поступово повертається до здатності відчувати задоволення від звичних речей, встановлювати теплі стосунки з близькими, відновлює інтерес до майбутнього. У цей момент корекційна програма переходить у наступну фазу – формування нової життєвої позиції, що стане основою третього розвивально-ресурсного етапу реабілітації.

Розвивально-ресурсний етап

Розвивально-ресурсний етап є центральною ланкою у системі психологічної реабілітації військовослужбовців, оскільки саме він переводить процес від внутрішньої реконструкції травматичного досвіду до формування нової, життєздатної поведінкової моделі, здатної забезпечити ефективну соціальну адаптацію. Розвивально-ресурсний етап відображає перехід від фази інтрапсихічного опрацювання наслідків травми до активного розгортання психологічних, соціальних та духовних ресурсів особистості, спрямованих на відновлення смислу життя, ціннісних орієнтирів й конструктивних стратегій взаємодії зі світом. Якщо попередні етапи були спрямовані на стабілізацію, усвідомлення та інтеграцію травматичного досвіду, то розвивально-ресурсний етап зосереджується на відновленні цілісної суб'єктності, що включає відчуття власної ефективності, здатність до вибору, соціальної взаємодії та творчого самоздійснення.

Основним психологічним завданням цього етапу є формування адаптивних стратегій поведінки, які забезпечують ефективне функціонування

у мирному середовищі після війни. Адаптація не зводиться лише до зовнішньої соціалізації, вона передбачає внутрішнє узгодження потреб, емоцій та цілей людини, її готовність жити далі, приймати зміни й активно впливати на власну реальність. Військовослужбовець, який пройшов через травматичний досвід, часто стикається із феноменом «екзистенційного вакууму», коли попередні смисли втрачають актуальність, а нові ще не сформувалися. Тому завдання психолога полягає у допомозі людині відновити відчуття цілеспрямованості, побачити своє місце у суспільстві та знайти ті форми діяльності, які знову наповнять життя значенням.

Розвиток адаптивних стратегій поведінки базується на усвідомленні власних ресурсів – внутрішніх та зовнішніх. До внутрішніх належать емоційна стійкість, здатність до саморегуляції, життєстійкість, віра у власні сили, гнучкість мислення, здатність приймати рішення в умовах невизначеності. Зовнішні ресурси включають соціальні зв’язки, підтримку родини, професійні навички, можливості самореалізації та участь у спільнотах, що поділяють подібні цінності. На цьому етапі розвивається вміння бачити у власному досвіді не лише втрати, а й уроки, здатні стати джерелом сили. Психолог допомагає військовому переосмислити власну історію як історію не травми, а подолання, тим самим перетворюючи минуле з джерела болю на фундамент зрілості.

Розвивально-ресурсна робота передбачає використання комплексу методів, спрямованих на активізацію когнітивних, емоційних та соціальних потенціалів. Одним із базових напрямів є тренування навичок саморегуляції та стрес-менеджменту, які забезпечують контроль над емоційними реакціями в ситуаціях напруження. Застосовуються техніки майндфулнес, практики усвідомленої присутності, дихальні вправи, методики емоційного заземлення, які дозволяють людині залишатися у стані внутрішньої рівноваги навіть за наявності тригерів, пов’язаних із минулим.

Паралельно розгортається блок, присвячений розвитку комунікативних та соціальних навичок. Війна, із її постійною загрозою та потребою в

дисциплінарній структурі, часто призводить до звуження міжособистісної гнучкості, до формування стереотипів недовіри або контролю. Тому важливо відновити у військовослужбовців здатність до емпатії, відкритого спілкування, активного слухання й толерантності до інших точок зору. У такому напрямі ефективними є групові тренінги, рольові ігри, психодраматичні техніки, спрямовані на відпрацювання моделей соціальної поведінки у безпечному просторі. Психолог створює ситуації, у яких військовослужбовці можуть експериментувати з новими стилями спілкування, навчатися розпізнавати невербальні сигнали, конструктивно вирішувати конфлікти та приймати соціальну підтримку.

Важливо, щоб такий процес не був лише формальним тренуванням комунікативних умінь, а став глибоким відновленням довіри до інших людей. Через досвід групової взаємодії військовослужбовець поступово усвідомлює, що соціальний контакт не є загрозою, а ресурсом. Групова взаємодія сприяє подоланню ізоляції, яка часто є наслідком посттравматичних змін, і відкриває можливість відновлення сімейних, дружніх, професійних зв’язків.

Одним із найважливіших компонентів розвивально-ресурсного етапу є робота зі смислами життя. Психологічна допомога на цьому рівні набуває екзистенційного характеру, оскільки торкається базових питань – для чого жити, як жити, і що є для людини справжньою цінністю. Війна руйнує звичні структури цінностей, але одночасно створює можливість для їх оновлення. Учасники програми поступово навчаються осмислювати власний досвід у категоріях особистісного розвитку, віднаходити нові цілі, які поєднують внутрішню мотивацію із соціальною значущістю. Важливо, щоб відновлений смисл не був нав’язаний зовні, а народжувався із глибинного внутрішнього діалогу. Психолог виступає не як наставник, а як супровідник у процесі пошуку, допомагаючи людині слухати себе, свої потреби, свої покликання.

Розвивально-ресурсна робота включає також компонент творчої самореалізації. У процесі війни багато військовослужбовців втратили не лише фізичне здоров’я чи близьких, а й відчуття творчого потенціалу,

здатності мріяти. Тому терапевтичним інструментом стають арт-терапевтичні техніки, які дозволяють виразити внутрішній досвід через символічну форму – малювання, музику, письмо, моделювання. Арт-терапія сприяє виходу емоцій, які важко вербалізувати, і водночас активізує правопівкульові процеси, пов'язані з уявою, інтуїцією та внутрішньою свободою. Творчість стає не лише методом вираження, а й способом відновлення суб'єктивного контролю над життям, адже створюючи щось нове, людина переживає власну здатність впливати на реальність.

З метою розвитку життєстійкості на цьому етапі активно застосовуються методики, що формують оптимізм, гнучкість та впевненість у власній спроможності долати труднощі. Це можуть бути елементи тренінгу резилієнсності, у межах якого військовослужбовці навчаються виявляти та використовувати власні внутрішні ресурси, розвивати здатність бачити у кризі не лише загрозу, а й можливість для зростання. Вправи поєднуються з рефлексією життєвих подій, що дозволяє вибудувати наратив сили – історію про те, як людина вистояла, як змінилася, що нового навчилася.

Значна увага на розвивально-ресурсному етапі приділяється роботі із ціннісною ієрархією. Психологічна травма часто порушує систему пріоритетів, і тому відновлення цінностей є ключем до стабільного особистісного функціонування. За допомогою спеціальних технік, зокрема карт цінностей, проективних методів, обговорення моральних дилем, учасники програми вибудовують власну ієрархію життєвих орієнтирів. Життєві орієнтири дозволяють визначити, які цінності залишаються незмінними, а які зазнали трансформації внаслідок досвіду війни. Такий процес не лише зміцнює внутрішню структуру особистості, а й допомагає інтегрувати духовний вимір життя, повертаючи віру у майбутнє.

У контексті соціальної адаптації розвивально-ресурсний етап також включає тренування соціальних ролей – сімейних, професійних, громадських. Військовослужбовець, повертаючись у цивільне життя, стикається з потребою переосмислення своєї ролі: він уже не солдат на передовій, але ще

не повністю інтегрований у мирну систему. Тому важливо допомогти йому знайти баланс між військовим минулим і теперішнім цивільним статусом. Через рольові моделювання, соціальні експерименти, практику взаємодії у громадських ініціативах формується нова ідентичність – «ветеран як активний учасник суспільства».

Завершення розвивально-ресурсного етапу передбачає відчутний зсув у самосприйнятті військовослужбовця. Людина починає бачити себе не як травмованого учасника бойових дій, а як особистість, яка має досвід, мудрість та здатність впливати на життя інших. Вона здобуває внутрішній спокій, почуття контролю та довіру до майбутнього. З'являється нова життєва перспектива, яка інтегрує минуле не як тягар, а як джерело сили. На цьому фундаменті вибудовується четвертий етап програми – етап Реінтеграційно-закріплювальний етап, де результати попередньої роботи закріплюються через реальну участь у суспільному, професійному та родинному житті.

Реінтеграційно-закріплювальний етап

Реінтеграційно-закріплювальний етап є завершальною фазою системи психологічної реабілітації військовослужбовців, що забезпечує перехід від терапевтичного простору до реального життя. Саме на цьому етапі результати попередніх корекційних та розвивально-ресурсних впливів переходять у практичну площину, стаючи сталими компонентами нової особистісної структури. Зміст полягає у перевірці, зміцненні та інтеграції набутих знань, умінь і навичок саморегуляції, комунікації, конструктивного мислення та смислової цілісності у повсякденній соціальній взаємодії. Психологічна мета реінтеграційно-закріплювальному етапу полягає у забезпеченні стабільності посттравматичних змін, трансформації внутрішнього досвіду у життєву компетентність та формуванні стійкої особистісної ідентичності, яка поєднує військове минуле з цивільним теперішнім.

На рівні психодинаміки етап характеризується процесом поступового відновлення інтеграції Его, де суб'єкт уже не лише усвідомлює свою травму, але й володіє достатньою мірою самоконтролю, аби не дозволити минулому домінувати над теперішнім. Військовослужбовець починає усвідомлювати власну здатність впливати на якість власного життя, регулювати емоції, будувати гармонійні міжособистісні зв'язки, розв'язувати побутові, професійні та сімейні труднощі без повернення до деструктивних реакцій. У цьому сенсі реінтеграція виступає не лише як соціальний процес, а й як глибинний психологічний феномен – відновлення зв'язку між внутрішнім «Я» та соціальним «Ми».

Змістовне ядро цього етапу становить перенесення сформованих умінь у контекст реального життя. Якщо на попередньому етапі військовослужбовець опановував навички адаптації, саморегуляції, комунікації та смислового переосмислення, то тепер ці навички закріплюються шляхом їх застосування у конкретних життєвих обставинах – у сім'ї, на роботі, у громаді, у спілкуванні з цивільними. Такий процес є природним, але водночас психологічно вразливим, оскільки вихід із безпечного терапевтичного простору у середовище з потенційними тригерами може спричиняти коливання у стані та тимчасові регресії. Тому ключовим завданням фахівця на цьому етапі стає супровід та підтримка особистості у реальних умовах, що дозволяє уникнути повторної травматизації.

Методологічно реінтеграційно-закріплювальний етап спирається на принцип поступовості та екологічності психологічних змін. Йдеться не про форсовану активність, а про дозоване входження у соціальний контекст, у якому військовослужбовець може реалізовувати себе, водночас відчуваючи внутрішню безпеку. На цьому рівні формується феномен «посттравматичної компетентності», тобто здатності використовувати набутий досвід як ресурс для власного розвитку та допомоги іншим. Зокрема, багато ветеранів, які пройшли глибокий шлях реабілітації, набувають нового сенсу у

волонтерській, наставницькій чи професійній діяльності, де їхній досвід стає не лише особистою історією виживання, а й соціальною місією.

Одним із ключових механізмів закріплення є робота з ідентичністю. Повернення у цивільне життя часто супроводжується ідентифікаційною кризою, коли військовослужбовець втрачає орієнтири, що раніше визначали його роль, статус, місію. Тому завданням психолога є допомогти інтегрувати військову ідентичність у ширшу життєву структуру, де вона зберігається як важлива, але не єдина складова. Інтеграція включає переосмислення цінностей, професійних планів, сімейних ролей та соціальної належності. Завдяки цій роботі виникає нова цілісна ідентичність, що поєднує мужність та відповідальність військового з гнучкістю, турботою та миротворчим потенціалом цивільного.

Психокорекційна практика на цьому етапі набуває характеру супровідної терапії. Використовуються методи когнітивно-поведінкової підтримки, рефлексивні групи взаємодопомоги, консультативні сесії за принципами коучингу, де військовослужбовець вчиться ставити короткострокові й довгострокові цілі, планувати власний розвиток, формувати реалістичне бачення майбутнього. Ефективним інструментом є створення «Життєвого проекту» – письмової або візуальної карти, у якій людина визначає свої життєві пріоритети, сфери росту, соціальні ресурси та кроки для реалізації поставлених цілей. Вправа сприяє перенесенню внутрішніх змін у зовнішній контекст, роблячи їх практично втіленими.

Особлива роль у реінтеграційно-закріплювальному етапі належить роботі з родиною військовослужбовця. Соціальна реінтеграція неможлива без узгодження внутрішньої трансформації воїна з очікуваннями та реакціями близьких. Психологічний супровід включає сімейне консультування, сесії спільної рефлексії, навчання родичів принципам підтримувальної комунікації, розумінню проявів посттравматичних реакцій та механізмів їхнього зниження. Створюється простір взаємного прийняття, у якому

військовослужбовець не відчуває тиску, а родина поступово адаптується до нових реалій спільного життя.

Важливим компонентом є розвиток соціальної включеності через участь у громадських та професійних ініціативах. Форма реінтеграції допомагає людині не лише реалізувати свій потенціал, а й відчути власну значущість у суспільстві. Залучення до волонтерських проєктів, ветеранських спільнот, громадських програм відновлює почуття приналежності, яке було фундаментальним у військовому середовищі, але тепер набуває нової, мирної форми. Психолог сприяє пошуку тих контекстів, у яких особистість може відчути баланс між минулим досвідом і теперішнім життєвим змістом, підтримуючи розвиток внутрішньої автономії при збереженні соціальної залученості.

На рівні емоційного функціонування цей етап спрямований на стабілізацію стану та збереження досягнутих результатів. Військовослужбовець опановує навички своєчасного розпізнавання ознак виснаження, тривоги чи депресивних тенденцій та здатність самостійно застосовувати засоби самодопомоги. Психолог навчає його використовувати індивідуальні стратегії релаксації, мікропаузи усвідомлення, короткі вправи емоційного відновлення, які можна застосовувати у будь-якому контексті. Такий підхід забезпечує самопідтримку та попередження рецидиву психоемоційних порушень.

Реінтеграційно-закріплювальний етап завершується моментом усвідомленого самоприйняття, коли військовослужбовець починає сприймати себе не як жертву війни, а як суб’єкта життя, який здатний реалізовувати себе у нових умовах. З’являється глибше розуміння власної історії, у якій страждання набуває сенсу, а минулі втрати трансформуються у джерело життєвої мудрості. На цьому етапі формуються сталі особистісні риси, пов’язані з відповідальністю, зрілістю, толерантністю до стресу, духовністю та соціальною відкритістю. Людина починає бачити себе

частиною більшого соціального контексту, здатною до співпереживання і взаємопідтримки.

Таким чином, реінтеграційно-закріплювальний етап завершує цикл психологічної реабілітації, перетворюючи отримані знання та досвід на внутрішній ресурс особистісного розвитку. Його значення полягає не лише у стабілізації стану, а у переході до якісно нового рівня буття – стану посттравматичного зростання, коли людина не просто відновлюється, а виходить за межі попередніх можливостей, відкриваючи нові горизонти сенсу, творчості та служіння іншим. Саме на цьому рівні психологічна реабілітація стає процесом духовного визрівання, який перетворює травму на джерело сили, а війну – на досвід усвідомлення глибини людського буття.

3.2. Рекомендації щодо підвищення адаптації та життєстійкості воїнів

Розроблені рекомендації фахівцям, що працюють з психічним здоров’ям військовим, таких як клінічні психологи, військові психологи, психотерапевти, та цивільні особи, які надають психологічну підтримку, щодо підвищення адаптації та життєстійкості воїнів у процесі повернення до цивільного життя ґрунтуються на глибокому аналізі емпіричних показників результатів дослідження. У більшості військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, спостерігається зниження рівня адаптаційних можливостей, посилення симптомів емоційного виснаження, тривожності, депресивних тенденцій, а також високі показники реактивації травматичних спогадів, що супроводжуються фрагментацією особистісного досвіду та відчуттям внутрішнього розриву між військовою та мирною ідентичностями. Досліджені феномени зумовлюють необхідність не лише стабілізації емоційного стану, а й глибинної реконструкції особистісних смислів, що забезпечують відновлення почуття внутрішньої цілісності, віри у власну компетентність та можливість гармонійної інтеграції у цивільне життя.

Одним із ключових напрямів психологічного благополуччя має стати підвищення рівня соціально-психологічної адаптації як здатності особистості ефективно функціонувати у зміненому середовищі. Аналіз результатів свідчить про наявність внутрішніх конфліктів, зумовлених невідповідністю між військовими установками та цивільними вимогами. Рекомендовано реалізовувати цілеспрямовану систему психокорекційних впливів, спрямованих на відновлення адекватного рівня самооцінки, розвиток навичок саморефлексії, підвищення впевненості у власних можливостях та вміння керувати своїм емоційним станом. Особливої уваги потребує робота з когнітивними схемами, що формуються внаслідок травматичного досвіду, – переконаннями типу «я більше не можу довіряти», «світ небезпечний», «я не маю права на помилку». Їх поступова трансформація через методи когнітивно-біхевіоральної терапії та логотерапевтичних інтервенцій створює підґрунтя для відновлення суб’єктивного відчуття безпеки, цінності життя та внутрішньої стабільності.

Підвищення життєстійкості потребує посилення трьох базових компонентів: віри у власні сили, здатності адаптуватися до змін та толерантності до невизначеності. У військових із низькими показниками життєстійкості спостерігається схильність до ригідного мислення, уникання нових соціальних контактів та залежність від зовнішньої підтримки. Тому особливе значення набуває формування навичок внутрішнього самоуправління через розвиток психологічної гнучкості, усвідомленості та емоційної компетентності. Практична реалізація цих завдань можлива через впровадження програм, побудованих за принципом поступового тренування стресостійкості: від усвідомлення власних ресурсів до їх активного використання у складних життєвих ситуаціях. Використання елементів майндфулнес-практик, дихальних технік, тілесно-орієнтованих вправ допомагає відновити зв’язок між психікою та тілом, що був порушений внаслідок тривалого бойового стресу. У межах групової роботи важливо розвивати підтримувальні соціальні зв’язки, оскільки соціальна інтеграція є

одним із визначальних чинників життєстійкості, що забезпечує повернення до стану психологічної рівноваги після травми.

Значна частина учасників дослідження продемонструвала середній та високий рівень тривожності, що корелює із заниженими показниками адаптації, що вимагає системної психопрофілактичної роботи, спрямованої на зниження рівня фонової тривоги, попередження розвитку депресивних симптомів і формування позитивного емоційного фону. У процесі реабілітації доцільно застосовувати техніки емоційного розвантаження, зокрема аутогенне тренування, методи самонавіювання, візуалізаційні практики з опорою на позитивні життєві образи та тілесно-емоційні вправи, що сприяють вивільненню накопиченої напруги. Особливо ефективним є поєднання цих технік із груповими формами підтримки, де кожен учасник отримує можливість відреагувати власний досвід у безпечному середовищі. Важливим завданням психолога є навчити воїнів розпізнавати ранні сигнали емоційного виснаження, аналізувати внутрішні тригери тривоги та застосовувати техніки швидкого самозаспокоєння.

Значна кількість військових демонструє залишкові прояви посттравматичного стресового розладу, пов’язані з повторним переживанням травматичних подій, униканням соціальних контактів та підвищеною збудливістю нервової системи. Для таких осіб особливо важливо створити терапевтичний простір, де можлива поступова інтеграція травматичного досвіду без ретравматизації. Робота з травматичними спогадами має включати поступовий перехід від відреагування до усвідомлення та прийняття власного досвіду як частини життєвого шляху, що сприяє формуванню посттравматичного зростання.

На рівні поведінковихт та когнітивних стратегій адаптації до цивільного життя необхідно стимулювати розвиток здатності до конструктивного вирішення проблем, планування та прогнозування власних дій у нових умовах. Для цього доцільно впроваджувати тренінгові програми, спрямовані на розвиток навичок саморегуляції, комунікації, прийняття

рішень, вирішення конфліктів та налагодження взаємин у сімейному та професійному контексті. Воїни, які тривалий час перебували в умовах бойової готовності, часто зберігають звичку до надмірного контролю, недовіри та імпульсивного реагування, що ускладнює соціальну взаємодію. Тому важливо створити умови для поступового розширення поведінкового репертуару через рольові ігри, групові дискусії, моделювання типових соціальних ситуацій, у яких учасники можуть тренувати альтернативні стратегії реагування. Така робота сприяє перенесенню нових навичок у повсякденне життя, підвищує гнучкість поведінки й емоційну стабільність.

Для розвитку особистісного ресурсу та підвищення життєстійкості важливо звертати увагу на формування смисложиттєвих орієнтацій. Досвід бойових дій часто супроводжується руйнуванням базових смислів, що створює екзистенційну порожнечу. У цьому контексті доцільно застосовувати логотерапевтичні методи, спрямовані на відновлення ціннісної ієрархії, пошук нових життєвих цілей та усвідомлення власної місії у післявоєнному періоді. Розвиток здатності бачити сенс навіть у складному минулому є фундаментом посттравматичного зростання, оскільки перетворює травму з джерела болю на ресурс внутрішньої сили. Робота у цьому напрямі повинна включати індивідуальні бесіди, написання особистісних історій, творчу рефлексію у формі листів майбутньому собі, символічні ритуали прощення і прийняття.

Важливим напрямом психологічних рекомендацій є формування адекватної системи соціальної підтримки, що забезпечує стабілізацію психоемоційного стану воїна після повернення із зони бойових дій. Дані дослідження засвідчили, що дефіцит довіри, емоційна ізоляція та відчуття непорозуміння з боку оточення істотно знижують рівень адаптації та життєстійкості. Тому на практичному рівні необхідно розробляти програми соціально-психологічної інтеграції, що охоплюють не лише індивідуальну роботу з військовими, а й просвітницькі заходи для членів їхніх родин, роботодавців, громадських об’єднань. Соціальна підтримка має

багатовимірний характер: емоційна (відчуття прийняття та емпатії), інструментальна (наявність реальної допомоги у вирішенні побутових питань), когнітивна (усвідомлення того, що інші розуміють і поділяють їхній досвід). Забезпечення цих рівнів сприяє зниженню емоційної напруги, стабілізації психічного стану та зростанню відчуття безпеки. Особливого значення набуває створення ветеранських спільнот або клубів взаємопідтримки, де колишні військовослужбовці можуть відкрито обговорювати свої переживання, обмінюватися досвідом і спільно долати наслідки травми. Саме у взаємодії з тими, хто має подібний досвід, відновлюється втрачене почуття приналежності, що є базовим чинником соціальної адаптації.

Поглиблення роботи із сімейними системами воїнів є обов'язковим аспектом реабілітаційних заходів, оскільки сім'я виступає головним середовищем, де відбувається процес реінтеграції. Відновлення довіри, подолання комунікативних бар'єрів, гармонізація стосунків із близькими сприяють формуванню нових патернів взаємодії, які підтримують психічну рівновагу. Рекомендується впроваджувати сімейні психотерапевтичні сесії, що допомагають членам родини зрозуміти особливості переживань воїна, усвідомити закономірності його емоційних реакцій і розвинути толерантність до перехідного періоду адаптації. Особливу увагу слід приділяти відновленню емоційної близькості, навичкам ненасильницького спілкування, вмінню висловлювати підтримку без тиску та оцінювання. Для багатьох ветеранів сімейне середовище стає не лише джерелом підтримки, а й потужним терапевтичним ресурсом, який допомагає подолати ізольованість, відновити відчуття значущості й емоційної стабільності.

На основі показників емоційного виснаження, виявлених за шкалою «HADS», доцільно приділяти особливу увагу розвитку системи саморегуляції та профілактиці вторинної травматизації. Психологічна робота повинна бути спрямована на формування у воїнів навичок усвідомленого ставлення до власних емоцій, здатності розпізнавати ознаки перенапруження й своєчасно

реагувати на них через застосування релаксаційних і відновлювальних практик. У цьому контексті ефективними є техніки тілесно-орієнтованої терапії, біоенергетичні вправи, методи сенсомоторної стабілізації, які допомагають відновити зв'язок між тілом та емоційною сферою. Додатково варто впроваджувати короткотривалі інтервенції, орієнтовані на зниження соматичних проявів стресу, таких як прискорене серцебиття, м'язова напруга, поверхневе дихання. Формування стійких навичок саморегуляції сприяє відновленню психофізіологічного балансу, що є передумовою тривалої адаптації у цивільному житті.

Розвиток когнітивної гнучкості як одного з ключових чинників життєстійкості потребує системного підходу, який поєднує когнітивно-тренінгові та метакогнітивні стратегії. Воїни, які пережили бойові дії, часто мають тенденцію до мислення за принципом «чорно-білих» оцінок, що обмежує здатність до адаптації в умовах невизначеності. Тому доцільно впроваджувати методи когнітивної реструктуризації, що навчають гнучко змінювати інтерпретації ситуацій, розширювати спектр можливих рішень і знижувати рівень внутрішнього опору змінам. Використання метакогнітивних технік дозволяє військовослужбовцям усвідомити власні патерни мислення, спостерігати за ними без оцінки та замінювати дисфункціональні схеми конструктивними. Такий підхід забезпечує перехід від автоматичних реакцій до свідомого вибору поведінкових стратегій, що істотно підвищує здатність до самоуправління й адаптації.

Необхідно також приділити увагу корекції посттравматичних когнітивних спотворень, що були виявлені у частини респондентів за шкалою «PCL-5». Серед них домінують переконання про власну провину, зневіра у майбутньому, переконання у втраті контролю над життям та безпорадність. Робота в такому напрямі має поєднувати когнітивно-біхевіоральні методи з елементами екзистенційної терапії, спрямованої на пошук сенсу в пережитому досвіді. Ефективною є методика когнітивного дебрифінгу, у процесі якої воїн разом із психологом аналізує власні реакції, відокремлює

реальні події від інтерпретацій, формує нове бачення ситуації з позиції особистісного зростання. Такий процес сприяє декатастрофізації сприйняття минулого, зменшує рівень самоосуду та сприяє формуванню зрілої ідентичності, що інтегрує військовий досвід у ширший контекст життєвої історії.

Важливим чинником підвищення адаптаційного потенціалу є розвиток професійної самоідентичності у нових соціальних умовах. Втрата чітких життєвих орієнтирів після демобілізації часто супроводжується відчуттям марності, що може провокувати емоційне вигорання. Тому доцільно спрямовувати зусилля на формування нової системи життєвих і професійних цілей. Психологічна підтримка у цьому процесі має базуватись на принципах саморозкриття, виявлення сильних сторін особистості, визначення цінностей, що залишаються сталими незалежно від контексту. Кар'єрні консультації, тренінги з планування особистісного розвитку, участь у програмах перекваліфікації створюють умови для відновлення почуття соціальної корисності, підвищення самоефективності та формування нової моделі майбутнього, у якій бойовий досвід розглядається як ресурс, а не як тягар.

На підставі показників низького емоційного комфорту, виявлених у частини учасників, рекомендується проводити системну роботу із розвитком емоційної компетентності, що передбачає формування здатності розпізнавати, вербалізувати та регулювати власні емоційні стани. Застосування методів емоційно-фокусованої терапії, арт-терапії, музикотерапії сприяє розкриттю заблокованих почуттів, що були пригнічені у процесі тривалого бойового стресу. Емоційна грамотність стає ключем до відновлення автентичного контакту з собою, підвищує здатність до емпатії, що є основою конструктивних міжособистісних відносин. Опанування цих навичок дозволяє воїнам глибше усвідомлювати власні переживання, не ототожнюючись із ними, а сприймаючи їх як тимчасові емоційні явища, що піддаються регуляції.

Подальше підвищення адаптаційного потенціалу військовослужбовців неможливе без акценту на розвитку їхніх емоційно-вольових та ціннісно-мотиваційних компонентів, які формують основу психічної стабільності. У процесі психологічної реабілітації важливо цілеспрямовано розвивати у воїнів здатність до самоконтролю, усвідомленого переживання та конструктивного вираження емоцій, що особливо актуально при подоланні наслідків бойового стресу. Застосування методів емоційного тренінгу, зокрема технік усвідомленого дихання, тілесно-орієнтованих практик та методів когнітивної переоцінки ситуації, сприяє відновленню балансу між фізіологічними та психологічними процесами. Це дозволяє воїну поступово повернути контроль над власними реакціями, стабілізувати емоційний фон і підвищити рівень психологічної саморегуляції.

Особливе значення має робота зі шкалою життєстійкості, адже саме цей показник відображає здатність особистості не лише протистояти деструктивному впливу стресових подій, але й перетворювати їх на досвід розвитку. Підвищення рівня життєстійкості можливе через глибинну реконструкцію когнітивних установок, спрямованих на зміну сприйняття труднощів: замість фокусування на втраті, воїн має навчитися усвідомлювати нові можливості, що виникають унаслідок кризи. У цьому контексті ефективними є техніки логотерапії, що спрямовані на «пошук смислу страждання», а також вправи на переосмислення власної життєвої місії, які дозволяють підвищити рівень внутрішньої мотивації та цілеспрямованості. Практичним інструментом може бути розробка індивідуальної «Карти смислів», у якій воїн фіксує власні цінності, пріоритети, життєві завдання та визначає, яким чином попередній бойовий досвід може послужити суспільству у мирному житті.

З огляду на результати за шкалою «HADS», у частини військовослужбовців спостерігаються ознаки тривожності та депресивних тенденцій, що свідчить про необхідність реалізації корекційних заходів, спрямованих на нормалізацію емоційного стану. Рекомендовано

впровадження групових програм підтримки, заснованих на принципах когнітивно-біхевіоральної терапії, які передбачають роботу з ірраціональними переконаннями, формування більш адаптивних схем мислення та розвиток навичок позитивного самопідкріплення. Особливо важливою є робота з почуттям провини, характерним для воїнів, що пережили втрату побратимів або власну безпорадність у бойових умовах. Для цього доцільно використовувати методи наративної терапії, які допомагають переосмислити травматичний досвід, змінюючи контекст з «я жертва» на «я учасник процесу, який здобув новий досвід і внутрішню силу».

Корекція за шкалою «PCL-5», що оцінює вираженість симптомів посттравматичного стресового розладу, передбачає багаторівневий підхід. На початковому етапі важливо стабілізувати фізіологічні реакції тривоги через навчання навичкам релаксації, контроль дихання, методи заземлення та використання сенсорних технік для повернення від нав’язливих спогадів до реальності.

Робота з результатами за опитувальником «Соціально-психологічної адаптації» К. Роджерса та Р. Даймонд потребує особливої уваги, адже вона дозволяє глибше розкрити рівень інтеграції особистості в соціальне середовище. Зниження показників соціальної адаптації вказує на труднощі у відновленні контактів із цивільним суспільством, втрату соціальної ролі або розрив із мирними цінностями. У цьому напрямі ефективними є тренінги соціальної компетентності, рольові та комунікативні ігри, що моделюють типові життєві ситуації: спілкування з родиною, колегами, службовцями державних установ. Через поступове відтворення подібних ситуацій формується впевненість у власній здатності адаптуватися до соціальних норм і вимог, що є ключовим чинником успішної реінтеграції.

Водночас надзвичайно важливо підтримувати розвиток навичок саморефлексії, які дозволяють воїну усвідомлювати власний психічний стан, причини напруження та стратегії його зниження. Рекомендується практикувати ведення «Щоденника відновлення», у якому фіксуються

щоденні емоційні реакції, зміни у настрої, думках і поведінці. Аналіз записів у процесі психотерапевтичних зустрічей дозволяє сформувати глибше розуміння внутрішніх закономірностей і навчитися керувати ними. У такому контексті ефективними є техніки когнітивного реструктурування, де воїн поступово навчається відстежувати автоматичні негативні думки, замінюючи їх більш реалістичними та ресурсними установками.

Розвиток когнітивної сфери та зміцнення здатності до критичного мислення мають велике значення для підвищення загального рівня адаптації. Адже саме когнітивна гнучкість дозволяє людині адекватно реагувати на змінні життєві обставини, переоцінювати попередній досвід і будувати нові моделі поведінки. Практичне значення має впровадження когнітивних тренінгів, спрямованих на відновлення уваги, пам’яті, планування, аналізу та прогнозування. В умовах посттравматичного періоду такі навички сприяють відновленню професійної ефективності та формують відчуття компетентності, що безпосередньо впливає на самооцінку і соціальну стабільність.

Наступним важливим аспектом рекомендацій щодо підвищення адаптації та життєстійкості є формування навичок конструктивної комунікації, що забезпечує ефективну взаємодію військовослужбовців у соціальному середовищі. Багато ветеранів після повернення з фронту зіштовхуються із труднощами у міжособистісних контактах, які пов’язані з підвищеною чутливістю до критики, нетерпимістю до емоційних проявів інших або схильністю до ізоляції. Для подолання труднощів доцільно впроваджувати тренінги міжособистісної ефективності, що поєднують елементи асертивного тренінгу, активного слухання та ненасильницької комунікації. Основна мета занять полягає у формуванні здатності виражати власні почуття без агресії, відкрито говорити про потреби й очікування, водночас зберігаючи повагу до співрозмовника. Застосування подібних методів поступово знижує рівень емоційної напруги, запобігає конфліктам та створює сприятливі умови для соціальної інтеграції ветеранів.

З метою підвищення рівня життєстійкості важливо забезпечити розвиток таких базових складових, як контроль, залученість та прийняття виклику. Контроль як усвідомлення власного впливу на події життя може бути розвинений через вправи, спрямовані на посилення почуття особистої ефективності. Практика постановки короткострокових цілей із подальшим їх досягненням створює у військовослужбовця досвід успіху, який поступово зміцнює віру у власні можливості. Залученість як готовність активно брати участь у житті формується через соціальні та волонтерські проєкти, у яких воїни можуть реалізувати свої професійні навички, знання та лідерський потенціал, що допомагає не лише повернути відчуття значущості, але й формує нові соціальні зв'язки, що сприяють адаптації. Прийняття виклику як готовність сприймати труднощі не як загрозу, а як можливість розвитку, може бути підсилене через когнітивні техніки переоцінки ситуації, зокрема через роботу з метафорою «шляху героя», у межах якої воїн розглядає власну історію як процес внутрішньої трансформації.

Розвиток рефлексивних здібностей є центральним елементом психологічного зростання, що дозволяє особистості осмислити власний досвід та інтегрувати його у систему життєвих смислів. Для цього доцільно використовувати методики глибинного самопізнання, включно з арт-терапевтичними техніками, які відкривають доступ до підсвідомих переживань, що часто не піддаються вербалізації. Робота з образами через малювання, скульптуру чи колажі дозволяє символічно виразити внутрішній стан, зняти емоційну напругу та відновити цілісність Я-концепції. Подальший аналіз створених образів у терапевтичному контексті допомагає осмислити травматичний досвід як частину життєвого шляху, що сприяє процесу посттравматичного зростання.

Важливим компонентом психологічної підтримки є також відновлення духовно-смислової сфери, адже у багатьох військових війна спричиняє екзистенційну кризу, втрату віри у справедливість світу або сумнів у власному призначенні. Психотерапевтична робота на цьому рівні має бути

обережною та глибоко індивідуалізованою. Доцільно застосовувати елементи екзистенціальної терапії, які спрямовані на пошук нових життєвих сенсів, формування ставлення до життя як до процесу, що має вищу мету. Відновлення духовної рівноваги також може підтримуватися через групи взаємопідтримки, у межах яких воїни обмінюються власним досвідом подолання, діляться історіями віри, сили та надії. Такі практики не лише відновлюють відчуття спільності, але й зміцнюють відчуття моральної опори та життєвої спрямованості.

У процесі підвищення адаптації варто враховувати тілесний аспект психічного відновлення. Тривале перебування в умовах бойового стресу призводить до хронічної активації симпатичної нервової системи, що проявляється у підвищеній тривожності, напруженості та розладах сну. Відновлення фізіологічного балансу можливе через тілесно-орієнтовані методи, зокрема вправи на релаксацію, дихальні техніки, практики йоги, що допомагають відновити зв’язок між тілом та свідомістю. Особливу роль відіграють також групові заняття з адаптивної фізичної культури, які поєднують елементи тренування, координації рухів та взаємодії, сприяючи одночасно зниженню фізичної напруги та відновленню почуття довіри до власного тіла.

Не менш важливим напрямом є розвиток навичок самодопомоги та самоорганізації. Воїни повинні мати усвідомлені інструменти, за допомогою яких вони можуть стабілізувати свій стан у кризових ситуаціях без негайного залучення фахівця. До таких інструментів належать техніки короткострокової релаксації, використання методу «якорів» (засобів для швидкого повернення до стану спокою), а також стратегія «контейнерування» емоцій — уявне «відкладання» травматичних спогадів для їх подальшої безпечної обробки у терапевтичному контексті. Навчання цим методам дозволяє воїнам почуватися більш упевнено у власній здатності керувати своїм психічним станом, що підвищує відчуття автономії та самостійності.

Окремої уваги потребує процес відновлення родинних стосунків, адже саме сім’я виступає основним середовищем соціальної реінтеграції. Важливо проводити сімейні консультації та психоедукаційні зустрічі, під час яких члени родини дізнаються про особливості психічного стану ветерана, можливі реакції на стрес та шляхи конструктивної підтримки. Такий формат роботи сприяє зниженню кількості конфліктів, покращує взаєморозуміння та створює атмосферу прийняття. Особливий акцент варто робити на тому, що реінтеграція – це двосторонній процес, який вимагає адаптації не лише з боку військового, але й з боку сімейного оточення.

Завершальний аспект рекомендацій щодо підвищення адаптації та життєстійкості військовослужбовців після повернення у цивільне життя охоплює питання формування психологічної зрілості, відновлення сенсової єдності життя та забезпечення умов для посттравматичного зростання. Рівень трансформації є показником не просто подолання наслідків психотравми, а переходу особистості на якісно новий етап розвитку, коли минулий досвід, включно з болем, втратою і боротьбою, набуває інтегрованого, осмисленого характеру. Психологічна зрілість ветерана полягає у здатності брати відповідальність за власний внутрішній стан, розуміти свої емоції без їх заперечення, приймати власну вразливість як частину людської природи та використовувати її як джерело сили, співчуття і глибини.

Формування психологічної зрілості відбувається у процесі розгортання саморефлексії, коли воїн починає усвідомлювати, що його ідентичність не обмежується роллю солдата чи учасника бойових дій. Перехід потребує переосмислення власного «Я» у нових життєвих координатах. Одним із важливих напрямів у цьому процесі є робота з образом майбутнього, який часто у військових зруйнований або позбавлений емоційного наповнення. Використання технік візуалізації майбутнього життя, створення наративів «Історії відновлення» допомагає людині відновити здатність мріяти, планувати та вибудовувати часову перспективу. Психологічно це означає

повернення до відчуття життєвого континууму, коли минуле, теперішнє та майбутнє пов’язані в єдину смислову лінію.

Відновлення сенсової єдності життя тісно пов’язане із процесом смислотворення. Дослідження показують, що ті ветерани, які змогли надати власному досвіду позитивного або просвітленого значення, демонструють вищі показники життєстійкості, емоційної стабільності та здатності до емпатії. У цьому контексті ефективними є логотерапевтичні бесіди, спрямовані на виявлення особистісних цінностей, переосмислення життєвих цілей та формування відчуття власної місії у мирному житті. Логотерапевтична робота допомагає людині знайти відповіді на питання «для чого я живу?» та «який сенс має мій досвід?», що є центральними у процесі духовного відновлення.

Важливо, щоб процес посттравматичного зростання супроводжувався підтримкою з боку соціального оточення. Групи взаємопідтримки, спільноти ветеранів, участь у суспільно значущих проєктах створюють середовище, у якому особистість отримує визнання, співпричетність і соціальне підкріплення своєї нової ідентичності. Такі спільноти стають своєрідними «соціальними контейнерами», що допомагають стабілізувати внутрішній стан, дають змогу ділитися переживаннями без страху осуду та сприяють формуванню почуття єдності.

Психологічна зрілість також передбачає розвиток внутрішньої толерантності до невизначеності, адже життя після війни рідко повертається до передвоєнних координат. Воїн має навчитися жити в умовах постійної зміни, не втрачаючи внутрішньої рівноваги, що можливо завдяки формуванню установки гнучкості, здатності адаптуватися до нових соціальних та професійних вимог без втрати базових цінностей. Тренінги адаптивного мислення, рефлексивні практики, робота з метафоричними картами можуть допомагати у розвитку цього ресурсу.

Особливої уваги заслуговує формування феномену «життєвої місії», який виступає стрижневим компонентом у структурі посттравматичного

зростання. Військові, які пережили екстремальний досвід і змогли знайти в ньому глибший смисл – допомогу іншим, служіння суспільству, творення, передавання досвіду молодшим – демонструють більш стійке емоційне функціонування та високий рівень моральної узгодженості. Формування життєвої місії може відбуватися через коучингові та наративні сесії, де особистість формулює свій життєвий девіз, визначає, яким чином може реалізувати свої цінності у нових умовах.

Важливо, щоб у процесі психологічної реабілітації підтримувалася ідея цілісності особистості, що означає, що війна не повинна залишатися ізольованим фрагментом біографії, а має бути інтегрована у життєвий досвід як частина процесу становлення. Практика створення автобіографічних наративів, ведення щоденників відновлення або листів до себе з минулого сприяє переосмисленню власного життєвого шляху, дозволяючи людині побачити внутрішній розвиток та силу, набуту внаслідок подолання випробувань.

У завершальному аспекті рекомендацій особливе значення має розвиток культури самопідтримки у середовищі ветеранів, що передбачає підготовку самих військових до ролі фасилітаторів або менторів для своїх побратимів. Ветеран, який пройшов шлях адаптації, стає цінним джерелом підтримки для інших, формуючи горизонтальні зв’язки допомоги та взаємної відповідальності. Такий підхід не лише зміцнює спільноту, але й сприяє самореалізації через служіння іншим, що підсилює почуття життєвої повноти.

Отже, рекомендації щодо підвищення адаптації та життєстійкості військовослужбовців передбачають багатовимірний, глибоко інтегрований підхід, який поєднує когнітивно-поведінкові, емоційно-регулятивні, тілесно-орієнтовані, духовно-смислові та соціально-підтримувальні стратегії. Їх реалізація дозволяє забезпечити не лише відновлення базових психічних функцій після травми, але й формування нової якості життя, заснованої на зрілості, самоприйнятті, цінностях і здатності до любові та творчості.

Висновки до розділу 3

Узагальнюючи результати дослідження та розроблену програму психологічної реабілітації військовослужбовців, можна констатувати, що інтеграція багатовимірного підходу дозволяє отримати комплексне відновлення психоемоційного, когнітивного та поведінкового функціонування особистості, а також забезпечує умови для посттравматичного зростання. Аналіз психометричних показників, отриманих за опитувальником «Соціально-психологічної адаптації», шкали «Життєстійкості», «Госпітальної тривоги та депресії», «PCL-5» та «HADS», свідчить про системну взаємозалежність компонентів адаптації. Висока когнітивна ясність, ефективне емоційне регулювання, здатність до активного подолання стресових подій та гнучкість поведінкових стратегій виступають критично важливими маркерами стійкої адаптації, тоді як оптимізм та надія є універсальними ресурсами, що підтримують психічне здоров'я навіть у осіб із нижчим рівнем соціально-психологічної інтеграції.

Психологічна реабілітація, побудована за чотирма етапами – діагностично-мотиваційним, психокорекційним, розвивально-ресурсним та реінтеграційно-закріплювальним, – дозволяє не лише усунути негативні прояви травматичного досвіду, а й формує внутрішні ресурси, що забезпечують адаптивне функціонування в мирному житті. Діагностичний компонент забезпечує об'єктивне оцінювання психоемоційного стану, рівня стресостійкості та соціальної адаптації, створюючи надійну основу для цільового впливу. Психокорекційний етап спрямований на безпечну інтеграцію бойового досвіду, зниження рівня тривожності та депресії, а також на реконструкцію когнітивних і смислових структур. Розвивально-ресурсний етап забезпечує формування нових адаптивних стратегій поведінки, розвиток комунікативних та соціальних навичок, а також відновлення ціннісного смислу життя. Реінтеграційно-закріплювальний етап, у свою чергу, концентрується на закріпленні навичок у реальних життєвих

умовах, підтримці посттравматичного зростання та соціальній реадаптації, створюючи стійку систему життєвого функціонування.

Синергія когнітивних та поведінкових стратегій, взаємозв'язок стресостійкості та емоційної регуляції, а також підтримка оптимізму як автономного ресурсу демонструють, що ефективність реабілітаційних втручань визначається комплексністю та цілісністю психологічного впливу. У практичному аспекті це означає, що будь-які інтервенції повинні бути інтегрованими, одночасно впливати на когнітивні, емоційні та соціальні аспекти особистості, а також враховувати індивідуальні особливості ветеранів, їхній життєвий досвід, рівень мотивації та готовності до змін.

Важливим висновком дослідження є те, що посттравматичне зростання не є автоматичним наслідком реабілітації, а є результатом цілеспрямованої роботи з інтеграції досвіду, розвитку адаптивних навичок та формування смислового поля особистості. Підвищення життєстійкості вимагає розвитку когнітивної гнучкості, уміння регулювати емоційні стани, здатності до активного подолання стресових ситуацій та підтримки внутрішнього ресурсу надії та оптимізму. Аспекти повинні стати ядром будь-яких стратегій психологічної підтримки ветеранів.

Застосування психотерапевтичних та психокорекційних методик, що включають когнітивно-поведінкові техніки, логотерапію, арт- та тілесно-орієнтовані практики, психоосвіту, групові взаємопідтримувальні заходи та рольові моделі поведінки, дозволяє забезпечити всебічний розвиток внутрішніх ресурсів особистості. Особлива увага приділяється формуванню здатності до самоспостереження, самоконтролю, навичок конструктивної взаємодії з оточенням, що є критично важливим у процесі соціальної адаптації та повернення до цивільного життя.

Результати дослідження свідчать, що ефективна реабілітація неможлива без цілісного підходу, який поєднує індивідуальні та групові форми роботи, спрямовані на когнітивне відновлення, емоційне балансування та соціальне включення. Системне застосування таких стратегій дозволяє не

лише знизити симптоми тривожності, депресії та посттравматичного стресового розладу, але й створює основу для формування високого рівня життєстійкості, здатності до самоприйняття та посттравматичного зростання.

У підсумку, запропонований комплекс рекомендацій має не лише теоретичне, але й практичне значення для розвитку професійної діяльності військових психологів, соціальних працівників та реабілітологів. Він визначає науково обґрунтовані напрями психологічної допомоги ветеранам, дозволяє диференційовано підходити до потреб кожного учасника, враховувати специфіку травматичного досвіду та індивідуальні психофізіологічні характеристики, забезпечуючи стійке, адаптивне та смислонаповнене функціонування особистості після участі у бойових діях.

ВИСНОВКИ

1. Сучасні концепції психологічної допомоги, зокрема в контексті війни в Україні, орієнтовані не лише на подолання посттравматичних симптомів, а й на формування здатності до подальшого особистісного розвитку, самоздійснення та життєтворення. Відтак, психологічна реабілітація повинна враховувати глибину воєнної травматизації, яка часто має поліетіологічний характер: фізичні ушкодження, морально-етичні дилеми, втрати побратимів, почуття провини, соціальна дезадаптація.

Концептуально, психологічна реабілітація базується на кількох принципових засадах. По-перше, це принцип системності, що передбачає врахування взаємозв'язку фізичних, психічних, соціальних та духовних компонентів людини. По-друге, принцип поетапності, за яким процес відновлення розгортається у динаміці – від гострої фази переживання травми до етапу інтеграції нового досвіду. По-третє, принцип індивідуалізації, що вимагає врахування особистісних особливостей, попереднього життєвого досвіду, ресурсного потенціалу та рівня мотивації до змін.

У науковому полі сформувалися кілька ключових моделей психореабілітації. Однією з провідних є модель комплексного втручання, яка охоплює діагностичну, психоедукаційну, консультативну, психокорекційну та психотерапевтичну компоненти. Комплексне втручання поєднується з ідеями аксіологічної психотерапії, у межах якої акцент робиться на реконструкції системи цінностей особистості, зруйнованої травматичним досвідом. Також важливою є ерготерапевтична складова, що сприяє професійній ресоціалізації ветеранів, формуванню нової ідентичності через діяльність.

У сучасній психології виокремлюється кілька ключових моделей психореабілітаційного процесу, кожна з яких визначає підходи до організації ефективної психологічної допомоги особам, що зазнали психотравмуючих подій, зокрема військовим. Концептуальним підходом є біопсихосоціальна модель, яка розглядає психічне здоров'я як результат взаємодії біологічних,

психологічних та соціальних факторів. У цій парадигмі реабілітація розглядається не лише як усунення симптомів, але як процес гармонізації усіх сфер життєдіяльності особистості. Психологічна допомога, згідно з цією моделлю, має бути міждисциплінарною, тобто включати як медичну, так і психотерапевтичну, соціальну та правову підтримку.

У практиці роботи з військовослужбовцями також поширена модель кризової інтервенції, яка передбачає негайне втручання в період гострої травматизації з метою стабілізації емоційного стану, запобігання розвитку патологічних реакцій та формування первинних навичок саморегуляції. Ця модель часто реалізується мобільними групами підтримки безпосередньо у військових частинах або при медичних установах.

Інтегративна модель психореабілітації поєднує у собі елементи когнітивно-поведінкової терапії, тілесноорієнтованих практик, арттерапії, методів ресоціалізації та залучення до соціально значущої діяльності. Такий підхід вимагає залучення спеціалістів різних профілів, зокрема психологів, психіатрів, соціальних працівників, реабілітологів та волонтерів. Особлива увага у межах цієї моделі приділяється не лише роботі з травматичним досвідом, а й відновленню ідентичності, соціальних ролей та формуванню нової життєвої перспективи.

2. Адаптація ветеранів відбувається на тлі різкого когнітивного та емоційного дисонансу. Основна дилема полягає в конфлікті між реальністю війни, де діють інші моральні принципи та способи взаємодії, і повсякденною цивільною нормою, яка передбачає високий рівень емоційної пластичності, миролюбності та толерантності. Конфлікт потребує психологічної трансформації: від переключення бойових установок до мирного типу поведінки, від героїчного до буденного образу «Я».

Соціально-психологічна адаптація постає як фундаментальний чинник психореабілітації військовослужбовців, що повернулися з фронту, оскільки саме вона забезпечує умови для інтеграції особистісного досвіду війни у цивільну життєву траєкторію. Вона не є наслідком успішної реабілітації, а її

умовою: без відновлення соціальних ролей, емоційної комунікації, відчуття приналежності до громади та сенсової включеності жодна реабілітаційна програма не може вважатися завершеною. Адаптація виступає мостом між травматичним минулим та потенційним майбутнім, будучи не лише процесом виживання, а й процесом суб'єктної самореалізації ветерана в нових життєвих умовах.

Таким чином, соціально-психологічна адаптація має бути усвідомлена як системоутворювальний компонент психореабілітації – через призму теорій соціального навчання, ролей, міжособистісної взаємодії та екологічної психології. Її глибина та якість визначають не лише індивідуальну траєкторію повернення до нормального життя, а й колективну спроможність суспільства інтегрувати тих, хто пережив досвід війни, у спільний соціокультурний простір.

Бойовий стрес як інтегративне явище має складну внутрішню структуру, що охоплює когнітивно-емоційні, поведінкові та соматичні компоненти реагування особистості на екстремальні умови. Він не обмежується лише миттєвою реакцією на загрозу життю чи здоров’ю, а набуває пролонгованого впливу, модифікуючи як загальну систему сприйняття реальності, так і основні психологічні характеристики особистості. Військовослужбовці, які зазнали впливу бойового стресу, демонструють значні трансформації в емоційній сфері, що виявляється в підвищеній тривожності, гіпервідчутливості до подразників, а також у появі симптомів емоційного вигорання, що суттєво впливає на їх подальше функціонування у мирному середовищі.

Хронічне перебування у стані бойової напруги зумовлює активацію системи «боротьби або втечі», що, будучи біологічно обґрунтованою реакцією, у довготривалій перспективі трансформується у дезадаптивні психоемоційні механізми. Військовослужбовці, які не мають достатніх внутрішніх ресурсів або соціальної підтримки, можуть стикатися з формуванням психотравматичних установок, зниженням толерантності до

фрустрації, появою депресивних або обсесивно-компульсивних тенденцій, а також порушеннями в особистісній ідентичності. Психологічний стан таких осіб характеризується високим рівнем афективної напруги, дисоціативними проявами, зниженням когнітивної продуктивності, що потребує ґрунтовного клініко-психологічного аналізу.

У цьому контексті особливого значення набуває життєстійкість як ключовий внутрішній ресурс, що забезпечує адаптаційну здатність особистості до екстремальних впливів. Життєстійкість не є сталим утворенням, а формується протягом життя під впливом індивідуального досвіду, системи цінностей, мотиваційної структури особистості та соціального оточення. Для військовослужбовців, які пройшли крізь бойові дії, високий рівень життєстійкості виступає чинником психологічного захисту, що дозволяє їм підтримувати суб'єктивне відчуття контролю, знаходити сенс у пережитому досвіді, демонструвати гнучкість мислення та здатність до конструктивного прийняття рішень у критичних ситуаціях. Життєстійкість пов'язана також з феноменом посттравматичного зростання, коли травматичний досвід, замість руйнування, сприяє особистісному розвитку, переосмисленню цінностей і зміцненню соціальних зв'язків.

Водночас недостатній рівень життєстійкості в умовах бойового стресу підвищує ризик розвитку ПТСР, а також таких явищ, як аутоагресія, зловживання психоактивними речовинами, деструктивні форми самоствердження або соціальна ізоляція. Зокрема, при тривалому накопиченні стресу без його відповідної переробки на психологічному рівні виникає феномен психоемоційного виснаження, що може призводити до стійких особистісних деформацій. Саме тому вивчення співвідношення між бойовим стресом та життєстійкістю є не лише академічно значущим, але й має практичне значення для побудови ефективних програм психологічної реабілітації, ресоціалізації та підтримки військовослужбовців.

3. Емпіричне дослідження психологічних чинників, що впливають на ефективність реабілітації воїнів після повернення у цивільне життя,

засвідчило багаторівневу взаємодію між показниками психоемоційного стану, соціально-психологічної адаптації, життєстійкості та симптоматикою посттравматичного стресового розладу. Отримані результати підтверджують, що успішність реінтеграції ветеранів визначається не лише інтенсивністю травматичних переживань, а передусім рівнем сформованості внутрішніх психологічних ресурсів, які забезпечують подолання наслідків бойового досвіду. Виявлена дисоціація між високими показниками ретравматизації та позитивною самооцінкою психоемоційного стану свідчить про дію адаптивних механізмів психологічного захисту, які сприяють стабілізації емоційної сфери навіть за умов збереження травматичних спогадів. Підвищений рівень тривожності й депресивної симптоматики у частини респондентів розглядається як тимчасовий прояв емоційної лабільності, що зумовлює потребу у спрямованій психокорекційній підтримці та розвитку навичок саморегуляції.

Визначальним чинником ефективної реабілітації постає рівень соціально-психологічної адаптації, який інтегрує елементи самоприйняття, позитивного сприйняття соціального оточення, емоційного комфорту та інтернального локусу контролю. У воїнів з високою адаптацією спостерігається сформована адаптаційна компетентність, що забезпечує гармонійне поєднання особистісної автономії та соціальної включеності, сприяючи конструктивній інтеграції бойового досвіду у структуру Я-концепції. Натомість у респондентів із низькою адаптацією переважають ескапістські тенденції, схильність до уникнення та емоційного вигорання, що свідчить про дефіцит когнітивно-емоційних механізмів подолання наслідків травми.

Результати щодо життєстійкості демонструють, що її високий рівень є ключовим предиктором психологічного відновлення, адже саме здатність зберігати внутрішню зосередженість, мислити раціонально й ефективно реагувати на стресові виклики корелює з кращими показниками адаптації. Це підтверджує провідну роль когнітивної гнучкості та саморегуляції у процесі

постстресового зростання. Результати за шкалою «PCL-5» доповнюють картину, засвідчуючи, що вираженість симптомів інтрузій, уникнення та негативних когнітивно-емоційних змін безпосередньо пов’язана з низьким рівнем адаптації, тоді як зниження гіперзбудливості є ознакою відновлення регуляторних функцій психіки.

Таким чином, ефективність психологічної реабілітації військовослужбовців зумовлюється інтегративною взаємодією кількох ключових чинників: соціально-психологічної адаптації як системного показника психічного здоров’я, життєстійкості як ресурсу когнітивно-емоційної стабільності, а також самоконтролю як регулятора поведінкових та афективних реакцій. Вони функціонують у єдиній динамічній системі, що визначає здатність особистості до ефективного відновлення, трансформації травматичного досвіду та повернення до продуктивного цивільного життя.

Отримані результати не лише емпірично підтверджують комплексну природу психологічної адаптації ветеранів, а й окреслюють науково обґрунтовані орієнтири для розроблення індивідуалізованих програм психореабілітації, спрямованих на підвищення життєстійкості, оптимізацію емоційної регуляції та формування інтегративного відновлювального потенціалу особистості.

4. Розроблена програма психологічної реабілітації військовослужбовців базується на чотирьох взаємопов’язаних етапах, що забезпечують системне відновлення особистості та розвиток адаптивних ресурсів. Діагностично-мотиваційний етап дозволяє оцінити психоемоційний стан, рівень життєстійкості та соціально-психологічної адаптації, сформувати мотивацію до участі в програмі та визначити пріоритетні напрямки втручання. Психокорекційний етап спрямований на інтеграцію бойового досвіду, зниження рівня тривожності та депресії, реструктуризацію когнітивних та смислових схем, розвиток навичок саморегуляції. Розвивально-ресурсний етап стимулює формування адаптивних стратегій поведінки, розвиток комунікативних та соціальних навичок, відновлення смислу життя та

особистісних ресурсів. Реінтеграційно-закріплювальний етап забезпечує перенесення набутих навичок у реальні життєві ситуації, супровід у процесі соціальної реадаптації та підтримку посттравматичного зростання. Програма поєднує індивідуальні та групові форми роботи, психоосвітні модулі, когнітивно-поведінкові техніки, логотерапевтичні практики, арт- та тілесно-орієнтовані втручання, а також соціально-рольові вправи, що забезпечує комплексний розвиток когнітивних, емоційних та поведінкових ресурсів особистості.

Рекомендації щодо підвищення адаптації та життєстійкості військовослужбовців базуються на комплексному аналізі психометричних показників та результатів дослідження. Вони передбачають індивідуалізований підхід до корекції когнітивних, емоційних та поведінкових компонентів адаптації, формування активних стратегій подолання стресу, розвиток когнітивної ясності та здатності до гнучкого вирішення проблем, підтримку оптимізму та внутрішніх ресурсів. Особлива увага приділяється взаємозв’язкам між компонентами життєстійкості, включно зі стресостійкістю, емоційною регуляцією та соціально-комунікативними навичками. Рекомендації мають практичну значущість для психологів, реабілітологів та соціальних працівників й передбачають системне використання методів психоосвіти, когнітивно-поведінкових технік, логотерапії, арт- та тілесно-орієнтованих практик, що дозволяє підтримувати процес соціальної адаптації, закріплювати набутий досвід та забезпечувати стійке посттравматичне зростання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Міністерство у справах ветеранів України. Помічник ветерана. 2023. URL: https://mva.gov.ua/prescenter/category/86-novini/pomichnik-veterana-trivaye-prijom-zayav
2. Алещенко В. Психологічна реабілітація учасників бойових дій: теоретико-методологічне обґрунтування моделі. *Психологічний журнал*. 2019. Вип. 3. 15с.
3. Артеменко А., Батаєва К. Мілітарна ідентичність та соціальна адаптація ветеранів АТО/ООС. Монографія, Харків: Видво ХГУ «НУА». 2022. 192с.
4. Багрянцев Ю. Особливості психологічної реабілітації стресових розладів особистості в умовах закладу охорони здоров'я під час воєнного стану в Україні. *Актуальні проблеми практичної психології*: *збірн. наук. праць Міжнародн. наук.-практич. інтернет конф.* (17 травня). Одеса. 2024. С. 384–387.
5. Блінов О. Діагностика бойового стресу за допомогою опитувальника ОБСБ. *Питання психології, Вісник Національного університету оборони України*, №6(64). 2021. С. 5–18.
6. Блінов О. Особливості прояву бойового стресу в поранених комбатантів та шляхи корекції його наслідків. *Філософсько-соціологічні та психолого-педагогічні проблеми підготовки особистості до виконання завдань в особливих умовах*: *матеріали наук.-практ. конф.* (7 червня). Київ. 2018. С. 33–36.
7. Блінов О. Організаційні ресурси психологічної реабілітації військовослужбовців. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, №1(25). 2022. С. 16–22.
8. Блінов О. Переживання бойового стресу військовослужбовцями підрозділів і тих, хто лікується в госпіталі. *Психологія і особистість*. 2022. №1. С. 85–99.

9. Борисова О. Психоедукаційна модель «діамант самоцінності» в роботі з людьми, які пережили полон і тортури. *Психологія особистості*. 2024. С. 111–117.
10. Борисова О. Психоедукаційні моделі в процесі психореабілітації учасників бойових дій: поняття та функції, приклад. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. №3. 2023. С. 7–12.
11. Борисова О. Психореабілітація військових і членів їхніх сімей: навч. посібник. Одеса. 2024. 342с.
12. Борисова О. Психореабілітація учасників бойових дій в Україні: правові засади та практичні виміри. *Науковий журнал «Габітус».* Випуск 49. 2023. С. 16–21.
13. Бриндіков Ю. Реабілітація військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб: теоретико-методичні основи: монографія. Хмельницький: Видавництво «Поліграфіст». 2018. 388с.
14. Гершанов О. Основи роботи з травмою. Робота з травмою та втратою. Основи супервізії. «Внутрішнє переміщення в Україні: розробка тривалих рішень», *Маріупольський міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді Маріупольської міської ради*. 2018. 26с.
15. Горбунова В. та ін. Модель психосоціальної підтримки ветеранів та їх сімей у питаннях психічного здоров'я. *Суспільство для психічного здоров'я особистості: взаємодія родини, освіти, громади: зб. наук. пр. за матеріалами міжнар. наук.-практ. інтернет-конф., (*24 листопада). Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка. 2023. С. 103–105.
16. Дідік Н. Психологічна допомога військовослужбовцям в умовах воєнного стану. *Збірник матеріалів XIV Всеукраїнських психолого-педагогічних читань, присвячених пам'яті доктора педагогічних наук, професора Федоришина Бориса Олексійовича*, Київ. 2024. С. 26–30.
17. Довбиш С. Особливості реабілітації та повоєнної адаптації ветеранів: досвід співпраці ГО з реабілітаційно-спортивними центрами. *Сучасний*

виховний процес: сутність та інноваційний потенціал: *матеріали звітної науково-практичної конференції Інституту проблем виховання НАПН України за 2023 рік.* Івано-Франківськ: НАІР. 2024. Вип. 12. С. 66–69.

18. Друзь О., Черненко І. Напрямки медико-психологічної профілактики постстресових психічних розладів у учасників локальних бойових дій. *Український вісник психоневрології*, Т. 25, №1(90). 2017. С. 45–48.
19. Живоглядов Ю., Денисова А. Психологічні особливості професійної самосвідомості військових психологів. *Зб. наук. праць: Вчені записки Університету «КРОК»,* №4(68). 2022. С. 115–122.
20. Жигайло Н. Психологічний супровід військовослужбовців у зоні ведення бойових дій. *Вісник Львівського університету*. *Серія психологічні науки*. 2022. Вип. 13. С. 64–70.
21. Задорожній С. Психосоціальна підтримка ветеранів: програми і практики. *Соціальна робота: теорія і практика.* 2018. №3. С. 120–135.
22. Захаріна Т. Реінтеграційний потенціал ветеранів як чинник успішної їх реінтеграції в соціум. *Social Work and Education*. 2023. №10(3). С. 263–275.
23. Качалова Т. Проблеми соціальної адаптації ветеранів до цивільного життя. *Сучасні тенденції розвитку соціальної роботи в Україні та зарубіжжі: збірник матеріалів ІІ міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої Міжнародному дню сім'ї* (15–16 травня), Івано-Франківськ: НАІР. 2024. С. 215–217.
24. Козира П., Калька Н. Основні напрямки психокорекційної роботи з жертвами воєнних конфліктів. *І Міжнародна наукова конференція «Воєнні конфлікти та техногенні катастрофи: історичні та психологічні наслідки»*. 2021. С. 38–39.
25. Кокошко Б., Сафін О. Психологічна реабілітація ветеранів: подолання деформацій особистісного та професійного характеру. *Психологія та психіатрія, Розділ 15. Universum*, №14. 2024. С. 402–408.
26. Кокун О., Агаєв Н., Пішко І., Лозінська Н. Особливості ступеня вияву у військовослужбовців діагностичних індикаторів ПТСР, зумовленого

впливом екстремальних чинників бойової діяльності. *Проблеми екстремальної та кризової психології.* 2016. Вип. 20. С. 84–93.

27. Кокун О., Агаєв Н., Пішко І., Лозінська Н., Остапчук В. Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками АТО на етапі відновлення. Методичний посібник, К.: НДЦ ГП ЗСУ. 2017. 282с.
28. Кокун О. та ін. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами: метод. посіб. 7БЦ, Київ. 2023. 176с.
29. Кокун О., Корніяка О., Панасенко Н. Сприяння підвищенню життєстійкості фахівців соціономічних професій: методичні рекомендації. Київ–Львів: Видавець Вікторія Кундельська. 2021. 84с.
30. Колесніченко О. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців: монографія. Харків: ФОП О. Бровін. 2018. 488с.
31. Коропатнік І. Соціально-психологічна реабілітація та адаптація військовослужбовців Збройних Сил України. Київ. 2021. 124с.
32. Коропатнік І. Соціально-психологічна реабілітація та адаптація військовослужбовців Збройних Сил України: нормативно-правове забезпечення. Київ: КНТ. 2021. 224с.
33. Кравченко К., Тімченко О., Широбоков Ю. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців-учасників антитерористичної операції: монографія. Х.: Вид-во НУЦЗУ. 2017. 256с.
34. Кравченко К. та ін. Тимчасові методичні рекомендації "З вивчення психічних станів, процесів та властивостей військовослужбовців із застосуванням програмного забезпечення PSY-D". *Військова навчально-методична публікація військовим організаційним структурам щодо вивчення психічних станів, процесів та властивостей військовослужбовців із застосуванням програмного забезпечення PSY-D*. 2021. 176с.

35. Крук І., Григус І. Сучасний погляд на психологічну реабілітацію військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. *Rehabilitation and Recreation*. 2023. №15. С. 50–56.
36. Крупа В., Лобода І., Кшановська Р. Медико-психологічна та фізична реабілітація учасників військових конфліктів. *Scientific Collection «InterConf+»*, (23(117). 2022. С. 260–267.
37. Кудренко О., Афанасенко В. Вплив стрес-факторів бойової обстановки на психіку військовослужбовців Повітряних Сил (на основі досвіду АТО). *Наука і техніка Повітряних Сил Збройних Сил України*. 2018. №2 (31). С. 137–144.
38. Лєбєдєва С., Овсяннікова Я., Похілько Д. Психологічна допомога та реабілітація учасників збройних конфліктів та фахівців ризиконебезпечних професій: світовий досвід. *Гаубітус*. *Психологія особистості.* Вип.45. 2023. С. 139–145.
39. Магдисюк Л., Федоренко Р., Мельник А., Хлівна О., Дучимінська Т., Подолець О. Психологія екстремальності та психопрофілактика психічної травми й суїцидальних намірів: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк. 2021. 236с.
40. Майстренко К., Леженко С. Психологічна та соціальна адаптація військовослужбовців під час війни: механізми підтримки та реабілітації. *Публічне управління та місцеве самоврядування*, Вип. 3. 2024. С. 43–49.
41. Матеюк О., Джонсон Д. Виклики та можливості психологічної реабілітації військових з ампутацією. The 11th International scientific and practical conference *"European congress of scientific achievements"* (November 4–6) *Barca Academy Publishing*, Barcelona, Spain. 2024. Pp. 355–360.
42. Мельник А. Психологічна реабілітація військовослужбовців, що перебували в умовах бойових дій. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки,* 4(29). 2015. С. 100–105.
43. Мельник А. Психологія залежностей та руйнівної поведінки. Луцьк. 2021. 11с.

44. Москаленко М. Психологічна реабілітація ветеранів військових конфліктів. *Теоретико-методологічні проблеми практичної психології та її перспективи розвитку*: *Збірник доповідей Всеукраїнської студентської науковопрактичної конференції, присвяченої 125-річчю з Дня народження Гордона Олпорта*. Кропивницький. 2022. С. 134–137.

45. Назаренко І. та ін. Проблемні питання психологічної реабілітації ветеранів учасників антитерористичної операції та військовослужбовців операції об'єднаних сил в Україні (аналітичний огляд літератури). Україна, *Здоров'я нації*. 2019. №1(54). С. 48–58.

46. Павлик Н. Психологічний супровід військовослужбовців, спрямований на психологічну реабілітацію постстресових психічних розладів. Метод. посіб. Київ. 2020. 92с.

47. Ніжейко К., Ковалівська К. Реінтеграція ветеранів у цивільне життя: міжнародний досвід та особливості в Україні. *Економіка та суспільство*, (67). 2024. 9с.

48. Письменний С. Психологічні особливості членів подружжя в умовах воєнних дій, де чоловік повернувся з фронту. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, (2). 2024. С. 108–112.

49. Попелюшко Р. Особливості діяльності військового психолога по забезпеченню реадаптації та реабілітації у ЗСУ. *Збереження психічного здоров'я в умовах воєнних дій*: збірник наукових праць учасників міжвузівського круглого столу (31 жовтня). Київ, 2023. С. 103–108.

50. Попелюшко Р. Психологічна реабілітація комбатантів при віддалених наслідках стресогенних впливів: монографія. Київ: Видавництво «Людмила». 2020. С. 43–47.

51. Попіль М. Психологічна допомога у кризових та екстремальних ситуація. Дрогобич: Редакційно-видавничий відділ ДДПУ ім. Івана Франка. 2016. 135с.

52. Пророк Н., Запорожець О. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. Київ. 2018. 208с.

53. Пузирьов Є., Ізвєков В. Бойовий стрес та його наслідки для військовослужбовців. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського*, 34(73). 2023. С. 203–209.

54. Рущенко І. Конфлікти в зоні АТО: зміст і методика виміру. *Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна.* Серія «Соціологічні дослідження сучасного суспільства: методологія, теорія, методи», 37. 2016. С. 108–114.

55. Сайко Н. Соціальна адаптація ветеранів війни до цивільних умов. *Психологія і соціальна робота у XXI столітті*: *зб. наук. матеріалів І Міжнарод. наук.-практ. форуму* (1–3 листопада). Полтава. 2023. С. 326–329.

56. Самутіна Т., Дьоміна Г. Особливості психологічної реабілітації військових ветеранів. *Збереження психічного здоров'я в умовах воєнних дій: збірник наукових праць учасників міжвузівського круглого столу* (31 жовтня). Київ. 2023. С. 108–112.

57. Сапіга В. Державна політика мотивації військової служби в Україні – базова основа виховання молоді на патріотичних засадах. *Публічна служба в модерній державі. Матеріали наук.-практ. конф,*. (13 червня). Київ. 2018. С. 195–198.

58. Саранча І., Стасюк В. Соціально-психологічна адаптація учасників бойових дій до мирних умов життя. *Scientific Issues of Vinnytsia Mykhailo Kotsiubynskyi State Pedagogical University*. *Section: Pedagogics and Psychology*, 71. 2022. 127–133.

59. Семенова Н. Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців. Кваліфікаційна робота. Кривий Ріг, 2023. 58с.

60. Сингаївська І., Яценко А. Особливості бачення перспектив власного життя воїнів під час війни. *Зб. наук. праць: Вчені записки Університету «КРОК»,* 4(72), 2023. С. 175–182.

61. Синишина В. Реабілітація військовослужбовців засобами дебрифінгу. *Перспективи та інновації науки*, 5(5)). 2021. С. 814–826.
62. Ситник О., Лисенко О. Соціальна інтеграція ветеранів в Україні: виклики та можливості. *Соціальна психологія*. 2019. Вип. 1. С. 45–58.
63. Соколовська Л., Мельник А. Теоретико-методологічний аналіз проблем посттравматичного стресового розладу. 2022. 333с.
64. Сокрута В. Фізична, реабілітаційна та спортивна медицина. Підручник для студентів і лікарів. Видавець ФОП Т. Марченко. 2024. Т.1. 480с.
65. Сургунд Н., Верба Г. Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців на етапі відновлення. *Psychology Travelogs*, (3). 2024. С. 47–56
66. Тимочко І., Кіцак Т. Державна політика у сфері соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій в Україні. *Публічне управління: концепції, парадигма, розвиток, удосконалення*, (7), 2024. С. 125–132.
67. Титаренко Т. Воєнна повсякденність: як розширити вікно можливостей для самовідновлення. *Вісник НАПН України*. 2023. №5(2). С. 1–5.
68. Титаренко Т. Посттравматичне життєтворення: способи досягнення психологічного благополуччя. Монографія. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький, Імекс-ЛТД. 2020. 160с.
69. Титаренко Т. Психологічне здоров'я особистості: засоби самодопомоги в умовах тривалої травматизації. Монографія. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький, Імекс-ЛТД. 2018. 160с.
70. Титаренко Т. Соціально-психологічна реабілітація особистості: етапи, технології, техніки. *Наукові студії із соціальної та політичної психології.* 2018. Вип. 41. С. 157–167.
71. Титаренко Т. Способи підвищення психологічного благополуччя особистості, що пережила травму. *Психологія: теорія і практика*, 1(1). 2018. С. 112–119.

72. Титаренко Т., Дворник М., Климчук В., Лазоренко Б., Ларіна Т., Мирончак К., ... & Савінов В. Як допомогти особистості в період переходу від війни до миру: соціально-психологічний супровід: практичний посібник. Кропивницький: Імекс-ЛТД. 2022. 154с.

73. Фуштей О., Саранча І. Особливості психологічної Реабілітації дітей, які пережили травматичний досвід воєнних дій. *Наукові праці Міжрегіональної академії управління персоналом.* Психологія, Випуск 1 (57). 2023. С. 41–45.

74. Хорошенко М. Основні напрями медико-соціальної та психологічної реабілітації військовослужбовців в умовах сучасних викликів та загроз. *Публічне управління та адміністрування: актуальні проблеми теорії та практики: тези доповідей І Всеукраїнської науково-практичної інтернет конференції студентів, аспірантів та молодих вчених* (22 грудня). К.: ДУТ. 2022. С. 109–111.

75. Цимбалюк І., Колосок А. Теоретичні основи соціально-економічної реінтеграції ветеранів у цивільне суспільство. Ввічливість, *Humanitas*. 2024. №2. С. 140–148.

76. Цюрик Ю. Особливості реінтеграції українських військових в умовах збройного конфлікту. На правах рукопису. Кваліфікаційна робота за напрямом 054 «Соціологія». Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут імені І. Сікорського», кафедра соціології. Київ, 2024. 86с.

77. Шиделко А. Наслідки впливу бойового стресу на психологічний стан особистості військовослужбовця. *Перспективи та інновації науки. Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»* №1(6). 2022. С. 476–486.

78. Apaydin E., Paige N., Begashaw M., Larkin J., Miake-Lye I., & Shekelle P. Veterans Health Administration (VA) vs. non-VA healthcare quality: a systematic review. *Journal of General Internal Medicine*, 38(9). 2023. 2179–2188.

79. Ben-Avraham R., Afek A., Berezin Cohen N., Davidov A., Van Vleet T., Jordan J., et al. Feasibility and preliminary effectiveness of mobile cognitive control training during basic combat training in the military. *Mil. Psychol*. 2021. 1–13.

80. Cotner B., Nakase-Richardson R., O'Connor D., Silva M., Hammond F., Carlozzi N., ... & Hoffman J. Barriers and facilitators to accessing rehabilitation health care: a Veterans Affairs Traumatic Brain Injury Model Systems Qualitative study. *Archives of physical medicine and rehabilitation,* 104(3). 2023. 380–389.

81. Doody C., Egan J., Bogue J., Sarma K. Military personnels' experience of deployment: An exploration of psychological trauma, protective influences, and resilience. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(4). 2022. Pp. 545–557.

82. Duong A., Roberts L., Cramm H., Evans M., Mayhew E., Latimer-Cheung A. ... & Shirazipour C. I am family: Understanding the adapted sport experiences of family members of military personnel with physical and psychological illnesses and injuries through the lens of the Invictus Games. *Psychology of sport and exercise*, 68. 2023. 102457.

83. Evans W., Meyer E., Moore B., Peterson A. Psychological flexibility training to enhance resilience in military personnel. *Journal of Military Social Work and Behavioral Health Services*, 12(3). 2024. Pp. 252–264.

84. Falfel D., Kefi K., Bechikh C., Kefi H., Edhiff S., & Oumaya A. Military psychological trauma: The contribution of EMDR. *European Psychiatry*, 66(S1). 2023. S976–S977.

85. Flood A., Keegan R. Cognitive resilience to psychological stress in military personnel. *Frontiers in psychology*, 13. 2022. p. 12. 809003.

86. Gehrman P., Harb G., Ross R. PTSD and Sleep. *PTSD Research Quarterly*. 2016. V, 27. №4. Pp. 1–9.

87. Heilbronn B., Doma K., Sinclair W., Connor J., Irvine-Brown L., & Leicht A. Acute fatigue responses to occupational training in military personnel: A

systematic review and meta-analysis. *Military Medicine*, 188(5-6). 2023. Pp. 969–977.

88. Joseph J., Smith-MacDonald L., Filice M., & Smith M. Reculturation: A new perspective on military-civilian transition stress. *Military Psychology*, 35(3). 2023. Pp. 193–203.

89. Karpa M., & Akimov O. State policy of supporting war veterans in the active phase of combats in Ukraine. *Public Administration and Law Review*, (4). 2023. Pp. 4–10.

90. Kerick S., Allender L. Effects of cognitive workload on decision accuracy, shooting performance, and cortical activity of soldiers transformational science and Technology for the Current and Future Force. *In Proceedings of the 24th US Army Science Conference*; November 29 December, 2. 2006. Pp. 359–362.

91. Kornblith E., Schweizer S., Abrams G., Gardner R., Barnes D., Yaffe K., & Novakovic-Agopian T. Telehealth delivery of group-format cognitive rehabilitation to older veterans with TBI: a mixed-methods pilot study. *Applied Neuropsychology*: *Adult*. 2023. 1–13.

92. Muhajirah M. Basic of learning theory:(behaviorism, cognitivism, constructivism, and humanism). *International Journal of Asian Education*, 1(1). 2020. 37–42.

93. Murray C., Havlin H., Molyneaux V. Considering the psychological experience of amputation and rehabilitation for military veterans: a systematic review and meta synthesis of qualitative research. *Disability and Rehabilitation*. 46 (6). 2023. 1053–1072.

94. Pires P., Pinto G., Souza M., Macambira M. Career adaptability, engagement and job satisfaction: A psychological network in the military education context. RAM. *Revista de Administração Mackenzie*. 2021. 22p. eRAMG210114.

95. Ribeiro S., Renshaw K., & Allen E. Military-related relocation stress and psychological distress in military partners. *Journal of Family Psychology*, 37(1). 2023. P. 45.

96. Safrudin I., Khuzai R., & Nasir M. Concepts of humans based on Behaviorism, Psychoanalysis, Humanism and Islam. *Opción: Revista de Ciencias Humanas y Sociales,* (27). 2020. P. 71.
97. Sekel N., Beckner M., Conkright W., LaGoy A., Proessl F., Lovalekar M., ... & Nindl B. Military tactical adaptive decision making during simulated military operational stress is influenced by personality, resilience, aerobic fitness, and neurocognitive function. *Frontiers in Psychology*, 14. 2023. 1102425.
98. Yakobi M., Dekel R., Yavnai N., Ben Yehuda A., & Shelef L. Contributing Factors to Israeli Soldiers' Adaptation to Military Noncombat Positions. Military Medicine, 188(7-8). 2023. e1981–e1989.
99. Zhang W., Xu Y., Peng L., Bian C., Yu Y., Li Y., Li M. Military career adaptability questionnaire in China: Development and validation. Frontiers in psychology, 11. 2020. 280 p.
100. Zueger R., Niederhauser M., Utzinger C., Annen H., & Ehlert U. Effects of resilience training on mental, emotional, and physical stress outcomes in military officer cadets. *Military Psychology*, 35(6). 2023. 566–576.

Всього джерел – 100

Джерел за останні десять років – 98

Джерел зарубіжних авторів за останні десять років – 22 (номера джерел у списку – 78; 79; 80; 81; 82; 83; 84; 85; 86; 87; 88; 89; 91; 92; 93; 94; 95; 96; 97; 98; 99; 100)

Джерел українських авторів за останні десять років – 76 (номера джерел у списку – 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; 11; 13; 14; 15; 16; 17; 18; 19; 20; 21; 22; 23; 24; 25; 26; 27; 28; 29; 30; 31; 32; 33; 34; 35; 36; 37; 38; 39; 40; 41; 43; 44; 45; 46; 47; 48; 50; 51; 52; 53; 54; 55; 56; 57; 58; 59; 60; 61; 62; 63; 64; 65; 66; 67; 68; 69; 70; 71; 72; 73; 74; 76; 77.)

ДОДАТКИ

Додаток А

Основні напрямки психологічної реабілітації військових

№	Напрямок	Опис	Методи та техніки
1	Психологічна діагностика	Оцінка поточного психічного стану, визначення індивідуальних потреб і вибір методів реабілітації.	Стандартизовані тести, інтерв'ю, психологічні опитувальники, спостереження.
2	Психоедукація	Надання знань про психічні процеси, поведінку в екстремальних умовах, формування навичок самоконтролю та самодопомоги.	Лекції, тренінги, інформування про стрес і методи психологічної підтримки.
3	Психологічне консультування	Короткострокова підтримка для вирішення проблем, розвитку стресостійкості та відповідальності.	Індивідуальні консультації, когнітивно-поведінкова терапія, стрес-менеджмент.
4	Психокорекція	Зміна деструктивних переконань і поведінкових патернів, що виникли після бойових травм.	Терапія, орієнтована на зміну переконань, когнітивно-поведінкові техніки.
5	Психотерапія	Поглиблене лікування психологічних проблем і стосунків, спрямоване на відновлення психічного здоров’я.	Психодинамічна терапія, травмофокусована терапія, арт-терапія.
6	Рекреація	Використання відновлювальних заходів для зменшення стресу та фізичного відновлення.	Спортивна реабілітація, арт-терапія, релаксаційні техніки, активний відпочинок.
7	Групова робота	Тренінги та заняття для розвитку комунікативних навичок, обміну досвідом, формування нових поведінкових стратегій.	Групи підтримки, тренінги з самопізнання, коучинг.
8	Психологічна підтримка та супровід	Відновлення внутрішнього потенціалу, допомога у професійному самовизначенні та подоланні стресу.	Підтримуючі консультації, групова терапія, допомога в адаптації до мирного життя.

Додаток Б

Опитувальник соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонд

(Острова В. Перспективна ідентичність як чинник соціально-психлогічної адаптації студентської молоді. Дис. кан. пс. наук. Київ, 2015. 193с. https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/707866/1/dis%20Ostrova.pdf)

Вік досліджуваного: з 14 років.

Процедура дослідження: Психолог пропонує досліджуваному прочитати висловлювання та порівняти їх зі своїм досвідом. У бланку слід зазначити відповідь, базуючись на таких оцінках:

0 - це мене зовсім не стосується;
1 - це мене не стосується;
2 - мабуть, це мене не стосується;
3 - не знаю, чи це мене стосується;
4 - це схоже на мене, але маю сумніви;
5 - це схоже на мене;
6 - це точно я.

Стимульний матеріал:

1. Відчуває незручність, коли вступає з кимось у діалог.
2. Не має бажання розкриватися перед іншими.
3. У всьому подобається ризик, боротьба, змагання.
4. Має до себе високі вимоги.
5. Часто сварить себе за те, що зробив.
6. Часто відчуває себе пригнобленим.
7. Має сумніви, що може подобатися особам протилежної статі.
8. Свої обіцянки виконує завжди.
9. Теплі, добрі стосунки з оточуючими.
10. Людина стримана, замкнена; тримається осторонь.
11. У невдачах звинувачує себе.
12. Людина відповідальна; на неї можна покластися.
13. Відчуває, що не у змозі змінити щось, усі зусилля марні.
14. На багато речей дивиться очима однолітків.
15. Приймає в цілому ті правила й вимоги, яких варто дотримуватись.
16. Власних переконань і правил не вистачає.
17. Подобається мріяти, іноді - вдень; важко повертається від мрії до реальності.
18. Завжди готовий до захисту і навіть нападу: переживає образи болісно, розмірковуючи над способами помсти.
19. Уміє керувати собою і власними вчинками, примушувати себе або дозволяти собі; самоконтроль для нього - не проблема.
20. Часто змінюється настрій: настає нудьга.
21. Усе, що стосується інших, не хвилює: зосереджений на собі, зайнятий собою.
22. Люди, як правило, йому подобаються.
23. Не соромиться своїх почуттів, відкрито їх виражає.
24. Серед великого скупчення людей відчуває себе дещо самотньо.

25. Нині бажає все покинути, кудись сховатися.
26. З оточуючими зазвичай вільно спілкується.
27. Важко боротися із самим собою.
28. Напружено сприймає доброзичливе ставлення оточуючих, якщо вважає, що не заслуговує на нього.
29. У душі - оптиміст, вірить у найкраще.
30. Людина вперта; таких називають важкими.
31. До людей критичний, засуджує їх, якщо вважає, що вони цього заслуговують.
32. Часто відчуває себе не тим, хто веде, а тим, кого ведуть: йому не завжди вдається думати і діяти самостійно.
33. Більшість із тих, хто його знає, добре до нього ставиться, люблять його.
34. Іноді бувають такі думки, про які не хочеться комусь розповідати.
35. Людина з привабливою зовнішністю.
36. Відчуває себе безпомічним, має потребу відчувати когось поруч.
37. Прийнявши рішення, виконує його.
38. Приймаючи самостійні рішення, не може звільнитися від впливу інших людей.
39. Відчуває почуття провини, навіть коли звинувачувати себе немає сенсу.
40. Відчуває неприязнь до того, що його оточує.
41. Усім задоволений.
42. Почувається погано: не може організувати себе.
43. Відчуває млявість; усе, що раніше хвилювало, стало байдужим.
44. Урівноважений, спокійний.
45. Роздратований, часто не може стриматися.
46. Часто відчуває себе ображеним.
47. Людина спонтанна, нетерпляча, гарячкувата: бракує стриманості.
48. Буває, що поширює плітки.
49. Не дуже довіряє своїм почуттям: вони іноді підводять його.
50. Досить важко бути самим собою.
51. На першому місці - думки, а не почуття: перед тим як щось зробити, добре поміркує.
52. Те, що відбувається, тлумачить по-своєму, здатен нафантазувати зайве.
53. Терплячий до інших і приймає кожного таким, яким він є.
54. Намагається не думати про свої проблеми.
55. Вважає себе цікавою людиною - привабливою як особистість, помітною.
56. Людина сором'язлива.
57. Обов'язково треба нагадувати, підштовхувати, щоб доводив справу до кінця.
58. У душі відчуває перевагу над іншими.
59. Немає нічого, у чому б виявив індивідуальність, своє "Я".
60. Боїться думок інших про себе.
61. Честолюбний, небайдужий до успіху, схвалення: у тому, що для нього суттєво, намагається бути кращим.
62. Людина, у якої на даний момент багато такого, що викликає презирство.
63. Людина діяльна, енергійна, ініціативна.
64. Пасує перед труднощами й ситуаціями, які загрожують ускладненнями.
65. Просто недостатньо оцінює себе.
66. Ватажок, вміє впливати на інших.
67. Ставиться до себе в цілому добре.
68. Людина наполеглива, їй завжди важливо зробити все по-своєму.
69. Не подобається, коли з кимось порушуються зв'язки, особливо - якщо починаються сварки.

70. Досить довго не може прийняти рішення, потім має сумніви щодо його правильності.
71. Розгублений, невпевнений у собі.
72. Задоволений собою.
73. Йому часто не щастить.
74. Людина приємна, приваблює інших.
75. Можливо, не дуже вродливий, але може подобатись як людина, особистість.
76. З презирством ставиться до осіб протилежної статі й не має контактів із ними.
77. Коли треба щось зробити, його охоплюють страх, сумніви.
78. Легко, спокійно на душі, немає нічого, що сильно хвилювало б.
79. Уміє наполегливо працювати.
80. Відчуває, що росте, дорослішає: змінюється сам і змінює ставлення до навколишнього світу.
81. Іноді говорить про те, про що насправді не має уявлення.
82. Завжди говорить тільки правду.
83. Схвильований, напружений.
84. Щоб він щось зробив, треба вперто наполягати на цьому.
85. Відчуває невпевненість у собі.
86. Обставини часто змушують захищати себе, виправдовуватись і обґрунтовувати свої вчинки.
87. Людина поступлива, м'яка у ставленні до інших.
88. Людина, якій подобається міркувати.
89. Іноді подобається хизуватися.
90. Приймає рішення і відразу змінює їх; звинувачує себе у відсутності волі, а вдіяти з собою нічого не може.
91. Намагається покладатися на свої сили, не розраховує на чиюсь допомогу.
92. Ніколи не запізнюється.
93. Відчуває внутрішню несвободу.
94. Відрізняється від інших.
95. Не дуже надійний, на нього не можна покластися.
96. Добре себе розуміє, усе в собі приймає.
97. Товариська, відкрита людина; легко спілкується з людьми.
98. Сили і здібності відповідають тим завданням, які треба вирішувати; усе може виконати.
99. Себе не цінує: ніхто його не сприймає серьозно, у кращому випадку усі до нього ставляться поблажливо, просто терплять.
100. Хвилюється, що забагато переймається особами протилежної статі.
101. Усі свої звички вважає позитивними.

Додаток В

Шкала життєстійкості К. Коннора та Дж. Девідсона

(Стаднік А., Мельник Ю. Шкала життєстійкості Коннора-Девідсона: метод. посіб. (укр. версія). Харків: ХОГОКЗ. 2025. 12 с. https://doi.org/10.26697/sri.krpoch/stadnik.melnyk.3.2025)

Інструкція: опитування проводиться з метою дослідження особистої стресостійкості. Опитування є добровільним і анонімним. Будь ласка, вкажіть, наскільки Ви погоджуєтеся з такими твердженнями, оцінюючи свій досвід за минулий місяць. Якщо та чи інша ситуація не мала місця останнім часом, як би Ви, на Вашу думку, почувалися за таких обставин? За кожним питанням слід обрати один варіант відповіді (1-5), який записати у бланку відповідей під номером питання. Відповіді мають бути на всі питання.

Стимульний матеріал:

1. Я здатний адаптуватися, коли відбуваються зміни:
0 - зовсім не вірно;
1 - рідко вірно;
2 - іноді вірно;
3 - часто вірно;
4 - майже завжди вірно.
2. Я можу впоратися з усім, що трапляється на моєму шляху:
0 - зовсім не вірно;
1 - рідко вірно;
2 - іноді вірно;
3 - часто вірно;
4 - майже завжди вірно.
3. Я намагаюся бачити гумористичну сторону речей, коли стикаюся з проблемами:
0 - зовсім не вірно;
1 - рідко вірно;
2 - іноді вірно;
3 - часто вірно;
4 - майже завжди вірно.
4. Подолання стресу може зробити мене сильнішим:
0 - зовсім не вірно;
1 - рідко вірно;
2 - іноді вірно;
3 - часто вірно;
4 - майже завжди вірно.
5. Я схильний відновлюватися після хвороби, травми чи інших труднощів:

0 - зовсім не вірно;
1 - рідко вірно;
2 - іноді вірно;
3 - часто вірно;
4 - майже завжди вірно.
6. Я вірю, що можу досягти своїх цілей, навіть якщо є перешкоди:
0 - зовсім не вірно;
1 - рідко вірно;
2 - іноді вірно;
3 - часто вірно;
4 - майже завжди вірно.
7. Під тиском я залишаюся зосередженим і чітко мислю:
0 - зовсім не вірно;
1 - рідко вірно;
2 - іноді вірно;
3 - часто вірно;
4 - майже завжди вірно.
8. Мене нелегко розчарувати невдачею:
0 - зовсім не вірно;
1 - рідко вірно;
2 - іноді вірно;
3 - часто вірно;
4 - майже завжди вірно.
9. Я вважаю себе сильною людиною, коли маю справу з життєвими викликами та труднощами:
0 - зовсім не вірно;
1 - рідко вірно;
2 - іноді вірно;
3 - часто вірно;
4 - майже завжди вірно.
10. Я здатний справлятися з неприємними або болючими почуттями, такими як смуток, страх і гнів:
0 - зовсім не вірно;
1 - рідко вірно;
2 - іноді вірно;
3 - часто вірно;
4 - майже завжди вірно.

Додаток Г

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)

(Агаєв Н., Кокун О., Пішко І., Лозінська Н., Остапчук В., Ткаченко В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с. https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/107163/1/%D0%9F%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA%20%D0%9D%D0%9F%D0%A1_16.pdf)

Інструкція: Не звертайте уваги на цифри та літери, поміщені в лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження, і обведіть кружечком відповідну цифру зліва біля варіанта відповіді, яка найбільшою мірою відповідає тому, як Ви себе почували минулого тижня. Не роздумуйте занадто довго над кожним твердженням. Відповідь, яка першою приходить Вам в голову, завжди буде більш вірною. Час заповнення 20-30 хвилин.

Стимульний матеріал:

1.Т Я відчуваю напруженість, мені не по собі.
3 Весь час.
2 Часто.
1 Час від часу, іноді.
0 Зовсім не відчуваю.
2.Д Те, що раніше приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене таке ж почуття.
0 Безумовно це так.
1 Напевно, це так.
2 Лише в дуже малому ступені це так.
3 Це зовсім не так.
3.Т Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися.
3 Безумовно це так, і страх дуже сильний.
2 Це так, але страх не дуже сильний.
1 Іноді, але це мене не турбує.
0 Зовсім не відчуваю.
4.Д Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне.
0 Безумовно це так.
1 Напевно, це так.
2 Лише в дуже малому ступені це так.
3 Зовсім не здатний.
5.Т Неспокійні думки крутяться у мене в голові.
3 Постійно.
2 Велику частину часу.
1 Час від часу і не так часто.
0 Тільки іноді.
6.Д Я відчуваю бадьорість.
3 Зовсім не відчуваю.

2 Дуже рідко.
1 Іноді.
0 Практично весь час.
7.Т Я легко можу сісти і розслабитися.
0 Безумовно це так.
1 Напевно, це так.
2 Лише зрідка це так.
3 Зовсім не можу.
8.Д Мені здається, що я почав все робити дуже повільно.
3 Практично весь час.
2 Часто.
1 Іноді.
0 Зовсім ні.
9.Т Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння.
0 Зовсім не відчуваю.
1 Іноді.
2 Часто.
3 Дуже часто.
10.Д Я не стежу за своєю зовнішністю.
3 Безумовно це так.
2 Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно.
1 Може бути, я став менше приділяти цьому уваги.
0 Я стежу за собою так само, як і раніше.
11.Т Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися.
3 Безумовно це так.
2 Напевно, це так.
1 Лише в деякій мірі це так.
0 Зовсім не відчуваю.
12.Д Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення.
0 Точно так само, як і зазвичай.
1 Так, але не в тій мірі, як раніше.
2 Значно менше, ніж зазвичай.
3 Зовсім так не вважаю.
13.Т У мене буває раптове відчуття паніки.
3 Дуже часто.
2 Досить часто.
1 Не так уже часто.
0 Зовсім не буває.
14.Д Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо чи телепрограми.
0 Часто.
1Іноді.
2 Рідко.
3 Дуже рідко.

Додаток Д

Опитувальник «Перелік симптомів ПТСР за шкалою PCL-5»

(Кокун О., Лозінська Н., Пішко І., Олійник В. Діагностика психологічних змін у військовослужбовців в умовах війни : метод. посіб. К.: ТОВ «7БЦ», 2025. 162с. https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/744685/1/%D0%94%D1%96%D0%B0%D0%B3%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%20%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%20%D0%B7%D0%BC%D1%96%D0%BD%20%D0%B2%20%D1%83%D0%BC%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%85%20%D0%B2%D1%96%D0%B9%D0%BD%D0%B8.pdf)

Інструкція: Нижче наведено перелік проблем, які іноді виникають у людей у відповідь на великий стрес. Будь-ласка, уважно прочитайте кожну проблему і потім окресліть одну з цифр праворуч, щоб вказати, наскільки названа проблема турбувала Вас протягом останнього місяця.

Стимульний матеріал:

№	Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
1	Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?	0	1	2	3	4
2	Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
3	Раптове почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?	0	1	2	3	4
4	Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
5	Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?	0	1	2	3	4
6	Уникання спогадів, думок або почуттів, пов’язаних із стресовим досвідом?	0	1	2	3	4
7	Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць…), які нагадують про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
8	Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?	0	1	2	3	4
9	Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?	0	1	2	3	4
10	Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?	0	1	2	3	4

№	Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
11	Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?	0	1	2	3	4
12	Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?	0	1	2	3	4
13	Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?	0	1	2	3	4
14	Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові по відношенні до близької людини)	0	1	2	3	4
15	Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?	0	1	2	3	4
16	Те, що ви дуже ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?	0	1	2	3	4
17	Бути «на взводі» або «на сторожі»?	0	1	2	3	4
18	Відчуття постійної напруги?	0	1	2	3	4
19	Труднощі із зосередженістю?	0	1	2	3	4
20	Проблеми із засинанням або нічні прокидання?	0	1	2	3	4