



## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ.....	8
1.1. Поняття соціально-психологічної реабілітації: сутність, структура та принципи.....	8
1.2. Особливості статусу ветеранів в сучасних умовах.....	14
1.3. Зарубіжний досвід соціально-психологічної реабілітації ветеранів.....	18
Висновки до першого розділу.....	25
РОЗДІЛ 2. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ .....	26
2.1. Методологічні підходи та теоретичні моделі.....	26
2.2. Організація та методи емпіричного дослідження.....	30
Висновки до другого розділу.....	37
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ .....	39
3.1. Результати дослідження емоційно-психологічного стану ветеранів.....	39
3.2. Рекомендації щодо соціально-психологічної реабілітації ветеранів.....	55
3.3. Комплексна програма соціально-психологічної реабілітації ветеранів.....	61
Висновки до третього розділу.....	70
ВИСНОВКИ.....	72
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	76
ДОДАТКИ.....	85

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Психологічні наслідки збройного конфлікту є одним із найгостріших викликів для національної безпеки та системи охорони здоров'я України. Російська агресія, що розпочалася у 2014 році з анексії Криму та війни на Донбасі, у 2022 році переросла у повномасштабне вторгнення, охопивши всю територію держави. Тривалість бойових дій та їх інтенсивність протягом останніх років призвели до безпрецедентної кількості постраждалих як серед військовослужбовців, так і серед цивільного населення.

За даними Міністерства оборони України та Міністерства у справах ветеранів, станом на 2025 рік кількість осіб, що мають статус учасника бойових дій (УБД), перевищує 2 мільйони. Фахівці прогнозують, що поширеність посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед комбатантів може сягати 30%. Це означає, що понад 600 тисяч ветеранів потенційно потребуватимуть фахової психологічної підтримки. Такі показники корелюють з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та досвідом країн, що переживали тривалі військові конфлікти (США, Ізраїль, Велика Британія).

Психологічна реабілітація ветеранів — це не лише клінічне завдання, а й стратегічний пріоритет держави. Ефективна реабілітація є запорукою успішної реінтеграції захисників у соціум, зниження рівня суїцидів, запобігання адиктивній та девіантній поведінці, а також збереження родинних зв'язків. Натомість відсутність своєчасної допомоги загрожує розвитком хронічного ПТСР та розвитком комплексних посттравматичних станів.

Попри впровадження низки державних та громадських ініціатив, моніторинг ситуації вказує на фрагментарність поточної системи психологічної допомоги. Однією з ключових проблем є дефіцит фахівців, які володіють доказовими методами роботи з бойовою травмою. За оцінками

експертного середовища (2023–2024 рр.), навантаження на одного військового психолога в Україні є критичним і значно перевищує стандарти армій країн НАТО та Ізраїлю.

Додатковим ускладненням є недосконалість нормативної бази щодо диференціації ветеранського статусу. Чинний статус «Учасника бойових дій» є узагальненим і не враховує специфіку отриманого бойового досвіду, інтенсивність бойового стресу та індивідуальні потреби у відновленні. Це ускладнює розробку реабілітаційних програм та стратегій.

Актуальність цієї теми для мене має не лише академічний характер. Працюючи у військових підрозділах у ролі психолога, я неодноразово стикався з тим, наскільки по-різному ветерани переживають вплив військової служби та бойових дій. Також, я мав змогу спостерігати, як звільненні з військової служби ветерани, переживають повернення до мирного життя. Саме це спонукало мене дослідити чинники, які впливають на їхню реабілітацію, та зрозуміти, як система може працювати більш ефективно.

Отже, дослідження особливостей соціально-психологічної реабілітації ветеранів є актуальним як з наукової, так і з прикладної точки зору, адже воно спрямоване на вдосконалення механізмів повернення ветеранів до повноцінного життя в умовах сучасної України.

**Мета дослідження** – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості соціально-психологічної реабілітації ветеранів.

Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити наступні **завдання:**

1. Уточнити та систематизувати теоретичні основи соціально-психологічної реабілітації як інтегративного процесу, що поєднує психологічні, соціальні та адаптаційні компоненти.
2. Дослідити особливості законодавчого визначення статусу ветеранів в Україні та запропонувати авторську категоризацію ветеранів за рівнем впливу бойових дій.

3. Провести порівняльний аналіз міжнародного досвіду соціально-психологічної реабілітації ветеранів у країнах Ізраїлю та США.
4. Здійснити емпіричне дослідження емоційно-психологічного стану ветеранів за допомогою комплексу сучасних психологічних методик.
5. Проаналізувати та інтерпретувати отримані результати дослідження у контексті визначеної категоризації.
6. Розробити практичні рекомендації щодо вдосконалення системи психологічної реабілітації ветеранів в Україні.
7. Створити комплексну програму соціально-психологічної реабілітації ветеранів.

**Об'єкт дослідження** – процес соціально-психологічної реабілітації.

**Предметом дослідження** є особливості емоційно-психологічного стану ветеранів та ефективні методи їх соціально-психологічної реабілітації.

**Методи дослідження.** Дослідження спирається на комбінацію теоретичних та емпіричних методів.

**Теоретичні методи:** аналіз науково-методичної літератури (українських та англійських джерел), порівняльний аналіз міжнародного досвіду, систематизація та узагальнення концептуальних підходів до психологічної реабілітації.

**Емпіричні методи:** діагностика з використанням комплексу стандартизованих психологічних методик:

- Методика шкалової самооцінки психофізіологічного стану (О. Кокун);
- Опитувальник "Перелік симптомів ПТСР" (PCL-5);
- Шкала депресії А.Т. Бека;
- Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду;
- Методика оцінки агресивності у відносинах (А. Ассінгер).

**Статистичні методи:** описова статистика (середнє арифметичне, стандартне відхилення, медіана), розподіл респондентів за рівнями вираженості симптомів, кореляційний аналіз (коефіцієнти кореляції

Пірсона/Спірмена), порівняльний аналіз групових різниць (t-тести, однофакторний дисперсійний аналіз – ANOVA).

**Організація і база проведення емпіричної роботи.** У нашій роботі емпіричне дослідження проводилося на базі військових підрозділів південного регіону України, а також за участю ветеранів, які наразі перебувають у цивільному житті. У дослідженні взяли участь 36 респондентів чоловічої та жіночої статі віком від 18 до 60 років, які мають досвід участі в бойових діях або проходження служби в зоні бойових дій. Вибірку склали діючі військовослужбовці та звільнені зі служби ветерани. Емпіричне дослідження проводилося в період з липня по жовтень 2025 року.

**Практичне значення роботи.** Результати та рекомендації дослідження мають практичне застосування на кількох рівнях.

На рівні практичної психології та соціальної роботи, розроблені матеріали можуть бути використані психологами, соціальними працівниками та спеціалістами з реабілітації в центрах психологічної допомоги, стаціонарних та амбулаторних закладах, громадських організаціях, які надають допомогу ветеранам.

На рівні установ та організацій програма реабілітації може бути адаптована та впроваджена в різних напрямках (психологічні центри, військові госпіталі, центри соціальної реабілітації, громадські центри ветеранської підтримки).

На рівні державної політики, запропонована категоризація та аналіз недостатності існуючого статусу "ветеран" можуть сприяти удосконаленню законодавчої бази та розробленню більш ефективної державної стратегії психологічної реабілітації ветеранів.

На рівні науки дослідження сприяє міжнародному обміну досвідом та розвитку моделей реабілітації, адаптованих до українського контексту.

**Структура роботи** складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг магістерської роботи становить 97 сторінок, основний зміст викладено на 75 сторінках.

Робота містить 13 таблиць, 2 рисунка та 5 додатків. Список використаних джерел складає 76 праць українських та зарубіжних авторів, з них 27 – англомовні.

## **РОЗДІЛ 1**

### **ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ**

#### **1.1. Поняття соціально-психологічної реабілітації: сутність, структура та принципи**

Поняття реабілітації має багатовікову історію та еволюціонувало залежно від часу, культури та контексту. Термін "реабілітація" походить від латинського "rehabilitatio", що означає "повернення у попередній стан", "відновлення". Однак у сучасному психологічному та соціальному контексті реабілітація розглядається не як просте повернення до минулого, а як активний процес адаптації та розвитку нових умінь, що дозволяє людині функціонувати у змінених життєвих обставинах.

На міжнародному рівні Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає реабілітацію як процес, спрямований на забезпечення або відновлення оптимального фізичного, психічного та соціального функціонування особи. В контексті військової медицини реабілітація охоплює як фізичне, так і психологічне, та соціальне відновлення.

Види реабілітації ветеранів доцільно розглядати як взаємопов'язані складові єдиного відновлювального процесу, що охоплює різні сфери життєдіяльності людини. У сучасних умовах війни та післявоєнного періоду ветерани одночасно стикаються з наслідками фізичних травм, психологічних переживань, втратою звичних соціальних ролей та необхідністю професійного переорієнтування. Тому реабілітаційна допомога не може обмежуватися лише медичними втручаннями, а потребує комплексного підходу, який включає медичну, психологічну, соціальну та професійну реабілітацію, що взаємодіють між собою і посилюють ефект одна одної.

Такий інтегрований погляд дає змогу не лише відновити окремі функції, а й підтримати цілісне повернення ветерана до повноцінного життя в громаді.

Важливим, також є розмежувати різні форми реабілітації та зробити класифікацію за типами. Зокрема, А. П. Мельник зазначає відмінності між наступними різновидами реабілітації :

1. Психологічна реабілітація.
2. Медико-психологічна реабілітація.
3. Професійно-психологічна реабілітація.
4. Соціально-психологічна реабілітація.

Так, на думку автора перший вид реабілітації фокусується передусім на відновленні психічного здоров'я колишніх військовослужбовців. Другий вид реабілітації буде актуальним у випадку наявності у військового травм, ампутацій, поранень та інших порушень фізичного здоров'я та проведенні заходів з метою відновлення втрачених функцій або адаптації до нових обставин. Третій вид реабілітації має на меті відновлення професійних якостей, включає роботу над пошуком нових професій, проведення профорієнтаційної роботи з можливою перепідготовкою, тощо. Останній вид реабілітації А. П. Мельник розглядає як певним чином організоване соціальне середовище, яке буде стимулювати відновлення військовослужбовців [26].

Соціально-психологічна реабілітація як комплексний процес інтегрує ці компоненти, розглядаючи людину в контексті її психосоціальної системи. Це означає, що психологічні втручання обов'язково враховують соціальний контекст (сім'я, робота, громада), й навпаки, соціальні втручання мають психологічне обґрунтування.

Структура соціально-психологічної реабілітації ветеранів розглядається як цілісна система, що поєднує роботу з внутрішнім психічним станом людини, її соціальним оточенням та здатністю адаптуватися до нових життєвих умов. Унаслідок бойового досвіду страждають не лише емоційна сфера та поведінка, але й стосунки з родиною, громадою, уявлення про себе

та власне майбутнє. Тому реабілітаційний процес не може обмежуватися лише індивідуальною психотерапією, а має включати підтримку соціальних зв'язків і формування нових способів життя після травматичних подій. Такий підхід дозволяє розглядати психологічний, соціальний та адаптаційний компоненти як взаємодоповнювальні елементи, що забезпечують більш стійке відновлення і довготривалу інтеграцію ветерана у цивільне життя. Структура соціально-психологічної реабілітації включає три основні компоненти:

1. Психологічний компонент передбачає роботу з психологічними симптомами та розладами. У випадку ветеранів це, передусім, корекція симптомів ПТСР (переживання травматичних спогадів, уникнення, гіперчутливість), депресії, тривожності, агресивності. Психологічна робота включає психотерапевтичні втручання, психоедукацію (навчання) та розвиток адаптивних копінг-стратегій (способів подолання).
2. Соціальний компонент спрямований на відновлення соціальних зв'язків та ролей. Ветеран часто переживає соціальну ізоляцію через стигму, непорозуміння з боку оточення або власне чувство відокремленості від цивільного суспільства. Соціальна реабілітація включає роботу з сім'єю, розвиток групової підтримки, залучення до громадської діяльності.
3. Адаптаційний компонент фокусується на тому, щоб допомогти ветеранові адаптуватися до нової реальності. Людина, яка пережила вплив комбату, не може просто "повернутися назад" — вона повинна сформувати новий образ себе, нові здатності та новий сенс життя у контексті своєї травми та одужання.

Реабілітаційний процес ветеранів є комплексною системою, яка передбачає поетапне відновлення фізичного, психологічного і соціального здоров'я. Його організація вимагає інтеграції різних напрямків допомоги з

урахуванням індивідуальних особливостей кожного ветерана, тяжкості отриманих травм та психологічних наслідків.

В контексті соціально-психологічної реабілітацію, важливо також відзначити, що велика кількість теперешніх військовослужбовців є мобілізованими та колишніми цивільними, що теж впливає на процес повернення після служби. Служба у війську має свої специфічні особливості та значно відрізняється від цивільного життя. Ключовими проблемами та труднощами, з якими стикаються військовослужбовці на думку З. Комар є:

- Військова дисципліна, яка полягає в чіткому і безкомпромісному виконанні наказів, режим, тощо;
- Відсутність належної емоційної підтримки (ізоляція від родини, часто неможливість регулярно виходити на зв'язок; втрата соціальних зв'язків в порівнянні з цивільним життям);
- Значне навантаження (психічне, фізичне);
- Відсутність власного простору, «публічність життя та служби»;
- Погіршення якості життя [22].

О.О. Буковська й О.Л. Гірченко у своїй статті, присвяченій аналізу напрямів психологічної реабілітації кризових станів, спричинених екстремальними ситуаціями, зазначають, що процес реабілітації починається з оцінки та лікування хвороби, травми або патологічного стану. Окрім цього, повинна відбуватися оцінка будь-якого дефіциту, що залишається після лікування, та його впливу на соціальні, психічні та професійні навички людини. Лікування стану в гострому періоді орієнтовано на травму або захворювання, що може призвести до інвалідності. Реабілітація же, навпаки, орієнтується на ті навички, які є збереженими, і на ті, які можуть бути сформовані на основі резервних можливостей людини. Основне завдання психологічної реабілітації особистості у кризових життєвих обставинах – це прийняття травмувальної події у власний досвід, побудова життєвої перспективи, залучення людини до подолання повсякденних викликів життя й активної життєвої позиції. Позиція людини, що проходить реабілітацію,

повинна еволюціонувати від настанови «скажи, що мені робити» (в екстремальній ситуації або зразу після неї) і «допоможи мені» (осмислюючи наслідки екстремальної ситуації) до «я впораюсь, будь поруч зі мною». Найвища мета психологічної реабілітації – навчити людину самореабілітації, коли вона в будь-якій життєвій ситуації зможе допомогти і собі й іншим [11, с. 21, 26].

Реабілітаційний процес узагалі та психореабілітаційний процес зокрема, звичайно, мають стадії/етапи, які різні автори описують згідно із власними методологіями. Так, 8 етапів психо-логічної реабілітації та процесу відновлення особистості пропонує у своїй роботі «Зцілення від травми» Пітер А. Левін [31].

Модель психологічної реабілітації військовослужбовців описана в дисертаційному дослідженні О.А. Блінова. У програму реабілітації автором пропонується включити такі етапи:

1. Підготовчий – проходить, за можливості, до того, як людина потрапить у зону бойових дій; передбачає проходження тренінгів на підвищення стресостійкості та здобуття навичок подолання реакцій на стресові ситуації.
2. Стабілізаційний – надається в гострий період та ґрунтується на стабілізації психічного стану з використанням психологічних технік і кризової інтервенції надалі. Триває до 72 год.
3. Діагностично-лікувальний (тривалість – до 21 доби) – передбачає медичну реабілітацію, діагностику, психологічний супровід та підтримку.
4. Реабілітаційний (тривалість – до 28 діб) – включає психологічний блок (психокорекція) і, за необхідності, продовження медичної реабілітації й індивідуального консультування, гру-пову роботу, заходи з адаптації та ресоціалізації.

5. Підконтрольний (тривалість етапу – від 3 місяців до 1 року) – віднесення до групи ризику та перебування під контролем фахівців за місцем проходження служби [8, с. 205–206].

В процесі реабілітації, важливо також дотримуватись певних принципів, які є фундаментальними засадами для ефективної реабілітації. Принципи дають системність, наукову обґрунтованість та високий результат процесу відновлення. Вони сформовані на основі міжнародного досвіду реабілітації військовослужбовців у країнах з тривалим досвідом воєнних конфліктів, а також сучасних українських досліджень, які підкреслюють необхідність комплексного підходу до психосоціальних наслідків бойових дій. Ці принципи слугують орієнтирами для практиків, дозволяючи уникати фрагментарності у наданні допомоги та досягати стійкої соціальної реінтеграції ветеранів. Принципи ефективної реабілітації сформульовані на основі міжнародного досвіду та наукових досліджень, що включають в себе:

1. Комплексність та багатодисциплінарність означають, що реабілітація не обмежується роботою психолога, а включає команду фахівців: психіатрів, психологів, соціальних працівників, фізіотерапевтів, тренерів, членів сім'ї. Такий міждисциплінарний підхід дозволяє охопити всі аспекти функціонування людини.
2. Індивідуалізація підходу — кожна людина має унікальний досвід травми, унікальні сильні сторони, ресурси та потреби. Стандартизовані програми мають коригуватися під конкретну людину.
3. Активність учасника — реабілітація не може бути пасивним процесом, де ветеран просто "отримує" лікування. Ветеран мусить бути активним учасником свого одужання, ставити цілі, виконувати домашні завдання, приймати рішення.
4. Поступовість та систематичність — реабілітація — це тривалий процес, що розвивається поступово. Різкі переходи чи занадто активні втручання можуть призвести до повторної травматизації.

5. Соціальна спрямованість — кінцева мета реабілітації — це не просто симптоматичне покращення, а повернення людини до активної ролі в суспільстві.

Оцінка ефективності реабілітації ветеранів є ключовим елементом наукового підходу до організації програм реабілітації, що дозволяє виміряти досягнуті результати та своєчасно скоригувати втручання. Сучасні дослідження підкреслюють необхідність багатошарової оцінки, яка охоплює клінічні, функціональні, соціальні та суб'єктивні показники якості життя, що забезпечує комплексний контроль процесу реінтеграції. Такий підхід базується на стандартизованих психометричних інструментах та відповідає міжнародним рекомендаціям щодо моніторингу реабілітаційних програм. Критерії та показники ефективності реабілітації дозволяють оцінити результати та коригувати програму. Основні показники включають:

- Клінічні показники: зниження симптомів ПТСР, депресії, тривожності, агресивності (вимірюються за допомогою психометричних шкал).
- Функціональні показники: поліпшення якості сну, апетиту, концентрації уваги, здатності до роботи.
- Соціальні показники: розширення соціальних контактів, поліпшення стосунків у родині, повернення до роботи або навчання.
- Показники якості життя: задоволення життям, почуття сенсу, загальний рівень благополуччя.

## **1.2. Особливості статусу ветеранів в сучасних умовах**

Правова база визначення статусу ветеранів в Україні сформована низкою законів та нормативних актів. Найголовнішим є Закон України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту", прийнятий у 2015 році та переглянутий з урахуванням подій 2022 року. Цей закон встановлює механізми визнання людей ветеранами та надання їм відповідних пільг і гарантій.

Основні категорії статусів, які визначає законодавство:

- Статус "учасника бойових дій" (УБД) — категорія, якою можуть отримати військовослужбовці, котрі безпосередньо брали участь у бойових операціях. Цей статус документується за допомогою виданого виконавцем держустрою Посвідчення учасника бойових дій.
- Статус інваліда внаслідок поранення — категорія, яка встановлюється для людей, які отримали інвалідність через поранення під час військової служби.
- Статус члена сім'ї загиблого (померлого) ветеранина — розповсюджується на близьких родичів осіб, яких загинули на службі.

Крім того, закон встановлює й інші категорії: учасники революції гідності, постраждалі цивільні особи тощо.

Хоча законодавство достатньо розроблене в аспекті офіційних процедур визнання, існує суттєва прогалина в його психологічної та психосоціальної складності. Сучасний законодавчий статус "учасника бойових дій" не враховує фундаментальну істину психотравматології — те, що вплив психологічної травми залежить від її інтенсивності, тривалості та характеру експозиції. У контексту військової служби це означає, що ветерани, які мали абсолютно різний рівень контакту з комбатом, отримують один і той же статус, що посилює потребу в диференціації.

Крім того, поточне законодавство не розрізняє між:

- особами, які були в зоні активних бойових дій
- особами, які були в безпосередній небезпеці від вогню противника
- особами, які перебували в логістичних підрозділах поблизу фронту
- особами, які служили далеко від зони конфлікту

Все це здійснюється під однією категорією "учасника бойових дій", що дуже ускладнює їх реабілітації та визначення пріоритетів під час розподілу обмежених ресурсів.

Беручи до уваги недостатність існуючої класифікації та вимоги сучасної психології щодо роботи з травмою та її впливом на людину, у цій роботі пропонується наступна авторська категоризація ветеранів.

Категорія 1. Військові, які брали безпосередню участь у бойових діях (Combat Exposure — найвищий рівень) До цієї категорії належать особи, які безпосередньо брали участь у вогневих контактах, рукопашних боях, штурмах позицій противника чи інших прямих бойових операціях. Це військовослужбовці піхотних, десантно-штурмових підрозділів та підрозділів спеціального призначення. Також, сюди можна віднести бойових медиків. Вони перебували в безпосередній фізичній небезпеці, мали можливість отримати поранення або спостерігати смерть товаришів. Де-які з них, отримали поранення. Це люди, які були найближче на межі життя та смерті. Ветерани цієї категорії мають найвищий ризик розвитку ПТСР. Типові симптоми включають повторні травматичні спогади з деталями, реактивну агресивність (часто непропорційну до поточної ситуації), гіперчутливість до несподіваних звуків, вивільність, труднощі довіри та складність повернення до цивільного життя. Комплекс симптомів часто ускладнюється відчуттям провини за виживання (survivor guilt).

Категорія 2. Військові, які перебували в зоні ураження артилерійського вогню або ударів БПЛА (Artillery/Shelling Exposure). Ця категорія включає ветеранів, які не брали участь у стрілецьких боях, але знаходились в зонах артилерійського вогню, танкового обстрілу, під мінометним вогнем, під ударами безвілотної літальних апаратів або іншими видами вогневих систем. Особливо важливо виокремлювати таку категорію військовослужбовців в умовах сучасних бойових дій, коли використання БПЛА досягло значних масштабів, що приводить до того, що зачасту дорога на вогневу позицію, може бути більш небезпечною, ніж саме перебування на ній. До цієї категорії можна віднести водіїв, мінометників, артилеристів, операторів БПЛА, розвідників, медиків що проводять евакуацію. Такі військовослужбовці потребували укриття, були свідками вибухів, ранень,

могли потерпіти від вибухової травми, але не в активному вогневому контакті. Ветерани цієї групи мають помірно підвищений ризик ПТСР, часто з переважаючими симптомами тривоги та гіперчутливості до звуків (особливо, схожих на артилерійський вогонь чи звук БПЛА). Характерні яскраві реакції при несподіваних звуках, нічні кошмари, пов'язані зі звуками вибухів, почуття постійної загрози. Можлива проблема набутої безпорадності або відчуття неспроможності контролювати ситуацію. Психологічне виснаження від тривалої напруги часто значніше, ніж клінічні симптоми ПТСР.

Категорія 3. Військові, які тримавий час перебували поблизу зони бойових дій. (Proximity Stress Exposure). Ветерани цієї категорії служили в тилових частинах, але на значній близькості до бойових дій (30-50 км від лінії фронту). Період перебування становив не менше місяця. Вони не були в безпосередній небезпеці від вогню, але підлягали психологічному стресу через близькість до загрози, контакт з пораненими та загиблими, непередбачуваність ситуації. Також, в цій зоні є підвищений ризик застосування ракет різного типу, керованих авіаційних бомб та ударних БПЛА. До такої категорії військовослужбовців можна віднести командну та штабну ланку, зв'язківців, психологів, медиків на стабілізаційних пунктах, продовльче та речове забезпечення, логістику. Ветерани цієї категорії мають помірний ризик розвитку ПТСР, часто з переважаючими симптомами депресії, емоційної виснаженості та апатії. Характерні чутливість до "моральної травми" — психологічного впливу від свідомості про страждання інших або непередбаченості смерті. Можуть розвиватися симптоми комплексної травми, особливо якщо служба була довгостроковою.

Категорія 4. Військові, що перебували в тилових частинах поза зоною бойових дій (Rear Service/Non-Combat). Ця категорія включає ветеранів, які служили в логістичних, адміністративних чи медичних підрозділах, та не знаходились в зонах бойових дій. Їхня служба була важлива для функціонування військових структур, але вони мали мінімальний прями

контакт з комбатними факторами. Ветерани цієї категорії мають найнижчий ризик розвитку ПТСР, пов'язаного з прямою бойовою травмою. Однак вони можуть мати допоміжні психологічні проблеми — "провину вцілілого" (комплекс провини за те, що вони вижили, коли інші загинули) та так звану "моральну травму" (моральна травма від усвідомлення несправедливості розподілу ризиків). Крім того, деякі ветерани цієї категорії можуть відчувати недооцінку їхнього внеску, що призводить до різних психологічних конфліктів.

Запропонована категоризація базується на концепції дозозалежного ефекту травми (dose-response relationship), яка давно визнана в психотравматології. Дослідження послідовно демонструють, що інтенсивність та тривалість експозиції до травматичного фактора корелює з тяжкістю розвитку ПТСР. Така категоризація дозволяє:

1. Розробляти програми реабілітації, підлаштовані під потреби різних категорій військовослужбовців.
2. Правильно розподіляти обмежені ресурси та звертати більше уваги на тих, хто найбільше потребує допомоги.
3. Прогнозувати, які психологічні труднощі та проблеми можуть виникнути в процесі реабілітації та підготуватись до них.
4. Удосконалювати законодавство, щоб враховувати реальні наслідки психологічної травми.

### **1.3. Зарубіжний досвід соціально-психологічної реабілітації ветеранів**

Дослідження зарубіжного досвіду соціально-психологічної реабілітації ветеранів є важливим для України, яка стикається з викликами масової реінтеграції військовослужбовців після тривалого збройного конфлікту. Країни з багатим досвідом ведення воєнних дій, такі як Ізраїль та США, розробили системні моделі підтримки, що поєднують державне фінансування, мультидисциплінарні команди та доказові методики терапії

ПТСР, які досягають високої ефективності у відновленні психосоціального функціонування. Аналіз цих підходів дозволяє виявити адаптовані рішення для національної системи реабілітації, враховуючи специфіку українського контексту

Ізраїль, як держава з постійною військовою конфліктністю, розробив одну з найбільш розвинених систем психологічної допомоги ветеранам. Фактично постійне перебування в умовах загрози та невдовзі перелічених конфліктів змушує ізраїльське суспільство до постійної адаптації своїх реабілітаційних систем. Це означає, що підходи, розроблені в Ізраїлю, мають тривалу історію оптимізації та експериментування.

Як відомо з відкритих джерел, реабілітація військовослужбовців Ізраїльських оборонних сил (ЦАХАЛ) є чітко організованою та структурованою діяльністю різного роду спеціалістів (психологів, соціальних працівників, реабілітологів та ін.). Так, усебічний аналіз ізраїльського досвіду здійснили О. В. Вдовіченко, І. М. Соколова, О. В. Педченко, С. С. Степанова, О. В. Фролова [71].

Автори зазначають, що починаючи з Ізраїльсько-Ліванської війни 1982 року фахівці з надання психологічної допомоги військовослужбовцям керуються рядом принципів (VISED) [71, с. 108]:

V (Validation) – даний принцип стосується роботи з емоціями, почуттями, переживаннями. Важливим є їх прийняття або ж визнання (валідація). Окреслене можливо за створення умов безпеки та підтримки й прийняття з боку фахівця психологічної служби;

I (Information) – інформування. Дане положення передбачає інформування військовослужбовців відносно того, що сталося, які є можливі наслідки (подій, ситуацій), якими були причини, тощо. Не приховування інформації, а, навпаки, відвертість та відкритість сприяють як формуванню довірного контакту з фахівцем, так і допомагає толерувати невизначеність;

S (Support) – підтримка (як від фахівця, так і від учасників групи, у випадку групової роботи з військовими). Це дає можливість відчути те, що ти

не один пережив подібний досвід; психолог може надавати емоційну підтримку, формувати атмосферу прийняття;

E (Expression) – експресія, вираження. Робота з емоційними переживаннями (страхом, гнівом, злістю, образою та ін.), включає формування навичок адекватного вираження різних емоційних проявів;

D (Development) – розвиток. Робота з трансформацією з врахуванням пережитого досвіду (часто травматичного). Пошук нових шляхів розвитку себе як особистості в індивідуальному чи професійному плані; пошук ресурсів та ресурсної активності для більш швидкого відновлення.

На державному рівні за реабілітацію ветеранів відповідає Rehabilitation Department Міністерства оборони Ізраїлю (Misrad HaBitachon). Це структурне утворення працює в тісній координації з Міністерством охорони здоров'я, соціальних справ та іншими визначеними організаціями.

Ключова особливість ізраїльської системи — це інтеграція психологічної допомоги на різних рівнях:

- Рівень військових частин: кожна військова частина має власного психолога чи групу психологів, які здійснюють як профілактичну роботу, так і кризисне втручання.
- Рівень військових госпіталів: спеціалізовані психіатричні та психологічні відділення, де проводиться інтенсивна робота з ветеранами з гострими симптомами.
- Рівень громадських центрів: мережа центрів психологічної реабілітації, які працюють після демобілізації та інтегрують ветеранів в цивільне суспільство.
- Рівень громадських організацій: партнерство держави з НГО, що дозволяє розширити охоплення та залучити додаткові ресурси.

Ізраїльські програми реабілітації включають:

- Combat Fitness Retraining Units — спеціалізовані центри, де ветерани пройдуть поєднану фізичну та психологічну підготовку. Ці центри спираються на розуміння взаємозв'язку фізичного та психологічного

здоров'я. Фізичні тренування включають йогу, дихальні вправи, адаптивні тренування, які одночасно служать як медитативний та терапевтичний інструмент.

- Психологічне консультування на державному рівні надається як безоплатна послуга всім ветеранам. Держава гарантує кожному ветеранові доступ до психолога чи психіатра незалежно від їхнього соціально-економічного статусу.
- Програми професійної реінтеграції включають профорієнтацію, переквалібікацію та залучення роботодавців до процесу прийняття ветеранів на роботу.
- Групи взаємної підтримки ("peer support groups") організуються як для ветеранів з подібними досвідом, так і для сімей ветеранів. Така робота "рівний-рівному" (peer-to-peer) показала високу ефективність.
- Використання новітніх технологій включає застосування VR-терапії для експозиційної терапії ПТСР, розвиток цифрових платформ для контакту з психологами та використання нейротехнологій для оцінки та лікування.

На практиці ізраїльська система продемонструвала високий рівень інтеграції ветеранів у суспільство, де більшість успішно повертаються до роботи, навчання чи інших соціальних ролей, а також розвинену систему превентивних заходів, яка зменшує гостроту симптомів ПТСР. Важливим досягненням є формування культурної норми, в якій звернення за психологічною допомогою не сприймається як ознака слабкості, що сприяє ранньому виявленню проблем. Крім того, програми постійно адаптуються на основі нових наукових досліджень, забезпечуючи їхню актуальність та ефективність

Звертаючись до досвіду США в питанні реабілітації військовослужбовців можемо відмітити наступне. Так, починаючи з 1979 року в США починає функціонувати Національна програма реабілітації ветеранів, а з 2011 року втілено в життя програму PSC (Polytrauma System of

Care), яка займається наданням психологічної та соціальної допомоги військовослужбовцям. Зазначена програма реалізується через розгалужену мережу центрів (налічує більше 600 відділень в усіх штатах) [51, с. 43].

У США система ветеранської допомоги будується на основі державного департаменту Veterans Affairs (VA). Це найбільший медичний комплекс у світі, який включає мережу госпіталів, амбулаторних клінік та реабілітаційних центрів.

Основні структури VA включають в себе:

- Veterans Health Administration (VHA) — надає медичні та психіатричні послуги безоплатно всім ветеранам незалежно від стану їх здоров'я (якщо служба була почесною).
- Veterans Benefits Administration (VBA) — управляє компенсаціями та пенсіями для ветеранів.
- State Veterans Agencies — регіональні структури, які адаптують федеральні програми до місцевих потреб.

Основні програми реабілітації ветеранів у США охоплюють широкий спектр послуг, спрямованих на підтримку військовослужбовців у різні етапи їхнього повернення до цивільного життя. Вони включають підготовку до переходу через семінари та консультації, професійну перекваліфікацію та працевлаштування, психіатричну та психологічну допомогу, а також матеріальну підтримку. Така комплексна система забезпечує цілісний підхід до реабілітації, враховуючи індивідуальні потреби ветеранів та сприяючи успішній соціальній адаптації. Ключові програми США для реабілітації ветеранів

- Transition Assistance Program (TAP) — програма, яка підготовляє військовослужбовців до переходу до цивільного життя. Включає семінари з пошуку роботи, фінансового планування, психологічної підготовки, правових питань.

- Vocational Rehabilitation & Employment (VR&E) — програма професійної реабілітації для ветеранів з інвалідністю. Допомагає у виборі професії, навчання, влаштуванні на роботу.
- Mental Health Services через VA — комплекс психіатричної та психологічної допомоги, що включає індивідуальну терапію, групову роботу, фармакологічне лікування.
- Compensation & Pension — матеріальна допомога ветеранам, компенсація за послуги та інвалідність.

Сучасні методи психотерапії, які широко застосовуються у реабілітації ветеранів, базуються на науково обґрунтованих підходах, спрямованих на опрацювання травматичних спогадів та зниження симптомів посттравматичного стресового розладу. До найефективніших методик належать когнітивна терапія, експозиційна терапія, EMDR — десенсибілізація та переробка рухом очей, а також програми майндфулнес, які сприяють регуляції стресу та покращенню емоційного стану ветеранів. Застосування цих підходів дозволяє поєднати роботу з думками, емоціями та тілесними реакціями, що забезпечує глибоке і комплексне відновлення. За рекомендаціями VA та Department of Defense (DoD), основні доказові методи лікування ПТСР включають:

- Cognitive Processing Therapy (CPT) — когнітивна терапія, спрямована на переробку травматичних спогадів через письмо та обговорення. На основі концепції, що ПТСР частково підтримується дисфункціональними думками про травму.
- Prolonged Exposure (PE) — експозиційна терапія, коли пацієнт систематично випробовується до спогадів про травму в контрольованому середовищі доти, доки реакція на них зменшується.
- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) — метод, що використовує рухи очей або інші форми білатеральної стимуляції під час опрацювання травматичних спогадів.

- Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) — програма на основі майндфулнес, розроблена спеціально для зниження стресу та тривоги у ветеранів.

М. Базаєва, яка досліджувала державну політику щодо ветеранів у США зазначає наступне «важливим висновком з аналізу поетапних змін в історичному розвитку політики щодо ветеранів є теза про необхідність творення обговорюваного в публічній площині державного підходу до питання ветеранів; на цій основі має відбуватися розвиток моделі комплексного захисту їхніх інтересів, метою якої є повноцінна інтеграція Адміністрація з питань пільг для ветеранів Адміністрація у справах охорони здоров'я ветеранів Адміністрація у справах поховань Допоміжні офіси 41 колишніх військовослужбовців у цивільне життя та забезпечення вшанування пам'яті й формування образу ветерана у суспільній свідомості» [5, с. 20].

Аналіз зарубіжного досвіду Ізраїлю та США дозволяє сформулювати ключові практичні рекомендації для вдосконалення української системи соціально-психологічної реабілітації ветеранів. По-перше, необхідно запровадити комплексний державний підхід, інтегруючи психологічну допомогу безпосередньо у військову систему як обов'язковий елемент, а не факультативну послугу. По-друге, особливого значення набуває розвиток партнерства між державою та громадськими організаціями, що розширює доступність послуг та залучає унікальні компетенції НГО.

По-третє, впровадження науково обґрунтованих методів психотерапії, таких як КПТ, експозиційна терапія, EMDR та MBSR, забезпечить ефективне опрацювання симптомів ПТСР та депресії. По-четверте, професійна реінтеграція має стати центральним компонентом програм, оскільки успішне працевлаштування не лише усуває симптоми, але й повертає ветерана до активної суспільної ролі.

По-п'яте, створення мережі груп підтримки "рівний-рівному" є економічно вигідним та більш прийнятним для ветеранів рішенням, ніж виключно професійна терапія. Нарешті, адаптація цифрових технологій та

телемедицини дозволить подолати регіональну нерівність доступу до якісних реабілітаційних послуг у сучасних умовах України.

### **Висновки до першого розділу**

У першому розділі нами було висвітлено теоретичні основи соціально-психологічної реабілітації ветеранів. Розглянуто сутність реабілітації як комплексного процесу, який інтегрує психологічні, соціальні та адаптаційні компоненти. Запропонована авторська чотирирівнева категоризація ветеранів за рівнем впливу бойових дій, що враховує дозозалежний ефект психологічної травми та дозволяє диференціювати підходи до реабілітації. Вивчено досвід Ізраїлю та США, які демонструють можливість розроблення ефективних систем ветеранської допомоги на державному рівні.

## РОЗДІЛ 2

### ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ

#### 2.1. Методологічні підходи та теоретичні моделі

Методологічні підходи та теоретичні моделі соціально-психологічної реабілітації ветеранів становлять науково обґрунтовану основу для створення ефективних програм відновлення, враховуючи багатоступовість психотравматичного досвіду, що охоплює біологічні, психологічні, соціальні та когнітивні виміри.

Для початку, наведемо деякі статистичні дані, які підтверджують наявність окреслених нами проблем у сфері психічного здоров'я. Так, дані аудиту послуг психічного здоров'я в системі Міністерства оборони України, представлених у лютому 2023 року показали, що тривожні розлади та їх зустріваність у військових в 2 рази перевищує статистичні показники в популяції, депресивні розлади теж мають підвищений ризик (у військовослужбовців – 4,8 %, в порівнянні з цивільним населенням – 3,6 %) [42].

Щодо посттравматичного стресового розладу, то маємо наступні статистичні дані – згідно досліджень проведених серед військовослужбовців, що мали досвід участі в Операції об'єднаних сил (АТО), то серед військовослужбовців які мали безпосередній бойовий досвід у 20 % констатовано ПТСР [21].

Біопсихосоціальний підхід, запропонований Дж. Енгелем, інтегрує взаємодію біологічних факторів (нейрофізіологічні зміни), психологічних компонентів (емоційно-когнітивні розлади) та соціального контексту (сімейні та суспільні зв'язки), що є фундаментальним для розуміння етіології ПТСР у ветеранів. Системний підхід розглядає реабілітацію як динамічну взаємодію

компонентів, де зміна одного елемента впливає на весь процес, тоді як особистісно-орієнтований та ресурсний підходи акцентують унікальність індивідуальних ресурсів і сильних сторін особистості, сприяючи актуалізації внутрішнього потенціалу для подолання травми. Концепція посттравматичного зростання (Tedeschi & Calhoun, 1996) орієнтує на позитивні трансформації після кризи, а когнітивно-поведінкова парадигма фокусується на корекції дезадаптивних схем мислення та поведінковій активації, що підтверджено мета-аналізами ефективності таких втручань. Синтез цих парадигм забезпечує комплексність і індивідуалізацію реабілітаційних стратегій у сучасних умовах. Розглянемо кожен з цих підходів окремо

Біопсихосоціальний підхід є одним з найбільш комплексних та всебічних підходів до розуміння здоров'я та хвороби. Цей підхід передбачає, що здоров'я людини є результатом взаємодії трьох основних факторів: біологічних (генетика, нейробіологія, фізіологія), психологічних (емоції, мислення, поведінка) та соціальних (культура, соціальні стосунки, економічні умови). У контексті реабілітації ветеранів з посттравматичним стресовим розладом біопсихосоціальний підхід, запропонований Дж. Енгелем (1977), передбачає комплексне врахування взаємопов'язаних складових, що визначають динаміку одужання та його успішність. Біологічна складова охоплює нейрофізіологічні зміни, зокрема гіперактивність амігдали як частини лімбічної системи, що відповідає за обробку страху, гіпотрофія гіпокампу з порушенням робочої пам'яті та дисрегуляцію осі гіпоталамус-гіпофіз-наднирники, що призводить до хронічного гіперсекреторного стану кортизолу; ці процеси обґрунтовують застосування психотерапевтичних методів, спрямованих на нейропластичність мозку та нормалізацію нейротрансмісії через когнітивно-поведінкові втручання. Психологічна складова зосереджена на систематичній роботі з травматичними спогадами, дисфункціональними когнітивними установками (наприклад, катастрофізацією чи надмірною провинністю) та дезадаптивними

поведінковими патернами, такими як уникнення чи гіперпильність, що досягається через травмофокусовану когнітивну терапію та експозиційні методики для відновлення адаптивних стратегій копіngu. Соціальна складова підкреслює критичну роль сім'ї як первинної системи підтримки, розширеної соціальної мережі, культурних норм (стигматизація психологічної допомоги) та економічних факторів (професійна реінтеграція), які суттєво модулюють перебіг реабілітації та визначають довготривалу стабільність результатів, що підтверджено емпіричними дослідженнями коморбідності ПТСР з соціальною дезадаптацією у ветеранів. Такий інтегративний погляд забезпечує перехід від редукціоністських моделей до цілісного розуміння патогенезу та терапії психотравм.

Системний підхід у реабілітації ветеранів розглядає процес відновлення як складну динамічну систему, де всі компоненти — від індивідуальних психологічних реакцій до соціального оточення — перебувають у постійній взаємодії та впливають один на одного, створюючи багатомірну мережу нелінійних зв'язків, а не просту послідовність причинно-наслідкових відносин. У контексті цього дослідження системний підхід передбачає комплексний розгляд ветерана не ізольованою одиницею, а невід'ємною частиною ширшої системи, що включає сім'ю як первинний рівень підтримки, громаду як середовище соціальної інтеграції та державні інституції як постачальника ресурсів і політики. Зміни в одному аспекті реабілітації, наприклад психологічному стані через зменшення симптомів ПТСР, неминуче впливають на інші сфери, такі як соціальне функціонування (поліпшення сімейних відносин) чи професійна адаптація, що вимагає моніторингу каскадних ефектів. Програма реабілітації мусить систематично враховувати ці взаємозв'язки, забезпечуючи синхронізацію втручань на різних рівнях і запобігаючи дисбалансу, коли успіх в одній сфері компенсується регресом в іншій. Такий підхід дозволяє моделювати реабілітацію як адаптивну систему, здатну до саморегуляції та реагування на зворотний зв'язок від учасників процесу

Особистісно-орієнтований підхід у реабілітації ветеранів, що базується на концепціях К. Роджерса та сучасних персоналізованих моделях психотерапії, підкреслює критичну важливість індивідуалізації реабілітаційних стратегій, визнаючи унікальність життєвої траєкторії, психотравматичного досвіду, когнітивних особливостей, сильних сторін та індивідуальних потреб кожного ветерана. Кожний ветеран демонструє неповторний профіль психопатології — від гострого ПТСР до хронічної депресії чи реактивної агресивності, з цього випливає необхідність адаптації стандартних програм до його особистісних ресурсів (резилієнтність, мотивація, соціальні зв'язки) та обмежень, виключаючи шаблонний підхід. Програма реабілітації мусить гнучко модифікуватися, враховуючи не лише клінічні показники, але й суб'єктивний досвід ветерана, його культурний контекст, сімейну динаміку та професійні амбіції, що забезпечує вищу прихильність до терапії та стійкість результатів, як підтверджено дослідженнями персоналізованої реабілітації. Такий підхід трансформує ветерана з об'єкта втручання у активного співтворця власного одужання, сприяючи самореалізації та посттравматичному зростанню. На практиці це означає:

- Проведення індивідуального психодіагностичного обстеження на початку програми
- Розроблення персоналізованого плану реабілітації
- Регулярна переоцінка та адаптація програми залежно від прогресу

Наступний підхід, використаний у дослідженні є концепція посттравматичного зростання (Post-Traumatic Growth). Концепція посттравматичного зростання (Post-Traumatic Growth, PTG), розроблена Р. Тедеші та Л. Калхун (1996), визначає позитивні психологічні трансформації, що виникають у результаті боротьби з травматичним досвідом, і охоплює п'ять основних доменів: покращення стосунків з іншими людьми, нові можливості для розвитку, посилення особистої сили, духовні зміни та глибше цінування життя. Для ветеранів PTG проявляється у переосмисленні

бойового досвіду як джерела резилієнтності, підвищенні емпатії до побратимів, мотивації до волонтерства чи громадської діяльності, а також формуванні нової життєвої філософії, орієнтованої на служіння та спадщину. Практичне застосування у реабілітаційних програмах полягає у фасилітації наративної терапії, де ветерани реконструюють свою історію як шлях трансформації, що сприяє переходу від патології ПТСР до конструктивного посттравматичного розвитку.

## **2.2. Організація та методи емпіричного дослідження**

Визначення стану психічного здоров'я військовослужбовців є важливим тому, що своєчасне виявлення проблем дозволяє вчасно надати допомогу та залучити потрібних фахівців. Недодіагностовані депресія, тривога чи посттравматичний стресовий розлад можуть погіршувати загальний стан людини, заважати виконанню службових обов'язків і впливати на стосунки в сім'ї та колективі. Тому регулярна комплексна діагностика під час несення служби має стати одним із ключових завдань психологічної служби Збройних Сил України.

Емпіричне дослідження у цій роботі було побудоване поетапно. На підготовчому етапі проаналізовано наукові матеріали щодо соціально-психологічної реабілітації військових, визначено особливості їх психічного здоров'я та обрано відповідні методики для подальшого дослідження. На емпіричному етапі проведено констатувальне дослідження: діагностовано рівень депресії, тривоги та посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. На підсумковому етапі результати були узагальнені й проаналізовані, а на їх основі розроблено практичні рекомендації щодо соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців.

Мета емпіричного дослідження полягала в комплексній оцінці емоційно-психологічного стану ветеранів південного регіону України та визначенні ефективних компонентів програм реабілітації.

Завдання емпіричного дослідження включали:

1. Визначити емоційно-психологічний стан ветеранів за допомогою комплексу психометричних методик
2. Виявити специфічні психопатологічні синдроми (ПТСР, депресія, агресивність)
3. Оцінити взаємозв'язки між інтенсивністю бойового досвіду та вираженістю симптомів
4. Перевірити адекватність запропонованої категоризації ветеранів
5. Зібрати дані, необхідні для розроблення ефективної програми реабілітації

Дослідження було проведено з участю 36 респондентів. Розподіл учасників за категоріями:

- Категорія 1 (Прямі бойові дії): 12 осіб (33,3%)
- Категорія 2 (Артилерійський обстріл): 9 осіб (25,0%)
- Категорія 3 (Тривале перебування біля фронту): 10 осіб (27,8%)
- Категорія 4 (Тилова служба): 5 осіб (13,9%)

*Таблиця 2.1.*

### **Демографічні характеристики вибірки**

Показник	Значення
Середній вік	34,2 роки (SD = 6,8)
Гендерний склад	33 чоловіка (91,7%), 3 жінки (8,3%)
Середній стаж служби	4,6 років (SD = 2,3)
Регіон	Південний (Одеська, Миколаївська, Запорізька, Херсонська обл.)
Статус	34 учасники бойових дій, 2 інваліди

Дослідження включало в себе наступні методики.

Методика 1: Шкалована самооцінка психофізіологічного стану (О. Коун). Методика призначена для експрес-діагностики поточного функціонального стану людини і широко застосовується у психологічній практиці для моніторингу динаміки благополуччя, особливо у стресових умовах, таких як реабілітація ветеранів. Методика включає оцінку семи параметрів за 100-бальною шкалою:

1. Самопочуття
2. Активність
3. Настрій
4. Працездатність
5. Зацікавленість (участь у бойових діях)
6. Бажання діяльності
7. Впевненість у собі

Загальний бал розраховується як середнє арифметичне значення всіх показників, що дозволяє отримати інтегральну характеристику психофізіологічного стану — вищі бали (понад 70) свідчать про оптимальний функціональний рівень, значення 50-70 вказують на помірне зниження, а бали нижче 50 сигналізують про виражену дезадаптацію, що потребує негайного втручання. Ця методика вирізняється простотою адміністрування, високою чутливістю до змін та валідністю для групового скринінгу, роблячи її незамінною для початкової діагностики у ветеранів.

Методика 2: Опитувальник PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5). PCL-5 є стандартизованим інструментом для діагностики ПТСР за критеріями DSM-5. Методика складається з 20 запитань Likert-шкали, де респондент оцінює частоту та інтенсивність симптомів за останній місяць від 0 балів ("зовсім не турбував") до 4 балів ("турбував дуже сильно"), максимальний загальний бал становить 80.

Клінічні точки розрізу:

- 0-19: мінімум ПТСР

- 20-37: легке ПТСР
- 38-80: помірне та тяжке ПТСР

Опитувальник структурований за чотирма кластерами симптомів DSM-5, включаючи вторгнення (інтрузивні спогади, кошмари, флешбеки — питання 1-5), уникнення (усвідоме уникнення тригерів — питання 6-7), негативні зміни мислення та настрою (амнезія, провина, емоційне оніміння — питання 8-14), зміни у збудженні та реактивності (гіперпильність, дратівливість, порушення сну — питання 15-20), що забезпечує профільну діагностику та чутливість до терапевтичних змін (5 балів — мінімальна відповідь на лікування, 10 балів — клінічно значущий прогрес). Висока надійність ( $\alpha$  Cronbach > 0.94) та валідність роблять PCL-5 незамінним для емпіричних досліджень ветеранів, хоча для остаточного діагнозу рекомендується поєднання з клінічним інтерв'ю CAPS-5

Методика 3: Шкала депресії А.Т. Бека (BDI-II). Ця методика, одна з найнадійніших та найпоширеніших самооціночних шкал для діагностики депресивних розладів, складається з 21 пункту, що охоплюють когнітивні, афективні, соматичні та поведінкові симптоми депресії, такі як печаль, провина, песимізм, втрата інтересу до діяльності, порушення сну та апетиту, втома, самооцінка та суїцидальні думки. Кожен пункт пропонує чотири градації симптомів від 0 (відсутність симптому) до 3 балів (виражений симптом), загальний бал розраховується як сума всіх оцінок з максимумом 63 бали, що дозволяє кількісно оцінити тяжкість депресії та моніторити динаміку лікування. Шкала демонструє високу внутрішню консистентність ( $\alpha$  Cronbach = 0.86-0.92), тест-ретест надійність та валідність для клінічних популяцій, включаючи ветеранів з коморбідною депресією при ПТСР, і широко застосовується у дослідженнях для скринінгу та оцінки ефективності антидепресантів та психотерапії.

Інтерпретація:

- 0-9: мінімальна депресія
- 10-18: легка депресія

- 19-29: помірна депресія
- 30-63: тяжка депресія

Методика 4: Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду. Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду (Combat Exposure Scale, CES), адаптована для українських умов (Агаєв Н.А., Кокун О.М. та ін., 2016), є валідованим інструментом для кількісної оцінки рівня травматизації, отриманого військовослужбовцями під час участі в бойових діях, що дозволяє встановити дозозалежний зв'язок між інтенсивністю комбатної експозиції та вираженістю посттравматичних симптомів. Методика містить 7 запитань Likert-шкали від 0 ("ніколи") до 4 ("часто/дуже часто"), максимальний загальний бал становить 28, де низькі значення (0-9) відповідають мінімальній експозиції, середні (10-19) — помірній, високі (20-28) — критичній інтенсивності бойового досвіду з підвищеним ризиком ПТСР. Шкала фокусується на об'єктивних параметрах стресового досвіду, що відрізняє її від суб'єктивних самооцінок симптомів, і широко застосовується у психотравматології для категоризації ветеранів, стратифікації ризиків та планування диференційованої реабілітації, демонструючи високу кореляцію з PCL-5 ( $r=0.45-0.62$ ).

Параметри, що оцінюються:

- Участь у прямих вогневих контактах
- Спостереження смертей
- Діяльність під артилерійським вогнем
- Спостереження тяжко поранених
- Служба в небезпечній місцевості
- Період перебування в зоні конфлікту
- Загальна інтенсивність комбатної експозиції

Методика 5: Методика оцінки агресивності у відносинах (А. Ассінгер). Методика розроблена для діагностики рівня агресивності особистості та спрямованості агресії в міжособистісних контактах, є ефективним інструментом для виявлення реактивної агресивності у ветеранів з ПТСР, де

підвищена дратівливість часто призводить до конфліктів у сім'ї та соціальному оточенні. Методика містить 20 ситуаційних питань, що описують типові міжособистісні взаємодії (від конфліктів на роботі до сімейних ситуацій), на кожне з яких респондент обирає один із трьох варіантів відповідей (а — миролюбний, b — асертивний, c — агресивний), де відповіді кодується як 1, 2 або 3 бали відповідно, загальний бал розраховується як сума номерів обраних варіантів з максимумом 60 балів (але інтерпретація адаптована до 20-бальної шкали для спрощення). Тест дозволяє диференціювати конструктивну асертивність від деструктивної агресії, оцінюючи коректність поведінки в соціальних контактах, і широко застосовується в психологічній практиці для профілактики насильства та корекції поведінки, демонструючи високу чутливість до терапевтичних змін у групах ветеранів. Методика дозволяє визначити рівень агресивності:

- Низька агресивність (0-7 балів): миролюбність, уникнення конфліктів
- Середня агресивність (8-14 балів): асертивність, впевненість у собі
- Висока агресивність (15-20 балів): схильність до деструктивних конфліктів

Дослідження проводилось у період з червня по жовтень 2025 року із застосуванням анонімної форми опитування, що виконувалась онлайн через платформу Google Forms. Розповсюдження посилання на опитувальник здійснювалося за допомогою різних каналів комунікації, серед яких провідну роль відігравали соціальні мережі Facebook та WhatsApp, а також професійні організації, що працюють із ветеранами, включно з ветеранськими центрами та громадськими об'єднаннями. Окрім цього, заохочення до участі в опитуванні проводилось через безпосередні контакти з військовослужбовцями та ветеранами, що дозволило охопити різні верстви вибіркової сукупності. Тривалість заповнення анкети коливалася в межах 20-30 хвилин для кожного учасника, що враховувало необхідність глибокого, але не втомлюючого дослідження психоемоційного стану респондентів. Особлива увага приділялася дотриманню етичних норм: гарантовано

конфіденційність всіх наданих даних та отримано інформовану згоду, що забезпечувало відсутність можливості ідентифікації учасників, тим самим мінімізуючи ризики упередженості чи страху перед негативними наслідками висловлених відповідей. Такий підхід сприяв формуванню достовірної бази даних для подальшого аналізу та формулювання науково обґрунтованих рекомендацій щодо соціально-психологічної реабілітації ветеранів

Перед початком викладу головних результатів варто звернути увагу на низку обмежень дослідження, які слід враховувати при інтерпретації та узагальненні отриманих даних. Перше обмеження полягає в невеликому розмірі вибірки – загалом було опитано 36 респондентів, що обмежує статистичну потужність аналізу і знижує можливість широкого екстраполювання результатів на всю популяцію ветеранів України. Другим суттєвим фактором є демографічна неоднорідність вибірки, де значна більшість (91,7%) припадає на чоловічу частину населення, через що результати не відображають повною мірою психологічні профілі та проблематику жінок-ветеранів. Третє обмеження пов'язане з географією дослідження – воно проводилося переважно у південному регіоні України, що має специфічний соціально-економічний і військовий контекст і може не бути репрезентативним для інших регіонів держави. Четвертий аспект – це статус учасників опитування: більшість із них були діючими військовослужбовцями, які не мали можливості демобілізуватися, що створює ризик прояву так званого "ефекту здорового воїна", коли респонденти схильні занижувати рівень власних симптомів з огляду на страх втратити військову кар'єру чи статус. П'яте обмеження стосується часових рамок, оскільки дослідження відбувалося під час активного воєнного конфлікту, що накладає додаткові психоемоційні навантаження на учасників і може впливати на валідність та стабільність даних. Шостим моментом є особливості методології самооцінки, адже застосування самозвітних інструментів завжди пов'язане з потенційною суб'єктивністю респондентів, що іноді призводить до як завищення, так і до заниження проявів симптомів

залежно від особистих мотивів та ставлення до дослідження. Останнє обмеження виникає через особливості формату онлайн-опитування, де відсутність безпосереднього спостереження за вербальними та невербальними реакціями респондентів ускладнює уточнення відповідей і може обмежувати глибину інтерпретації отриманих результатів. Усі перелічені аспекти слід брати до уваги при використанні та плануванні подальших розширених досліджень у цьому напрямі

Статистична обробка даних у психологічних дослідженнях є ключовим етапом, що забезпечує об'єктивність інтерпретації емпіричних результатів та можливість перевірки наукових гіпотез через кількісний аналіз. Використання стандартних методів описової та інференційної статистики дозволяє не лише охарактеризувати центральні тенденції та варіативність вибірки, але й виявити значущі взаємозв'язки між змінними, такі як інтенсивність бойового досвіду та вираженість симптомів ПТСР. Такий підхід відповідає сучасним стандартам психометрії та забезпечує достовірність висновків для розробки практичних рекомендацій щодо реабілітації. Дані були оброблені з використанням наступних методів:

1. Описова статистика — розраховані середнє арифметичне, стандартне відхилення, медіана, мінімум та максимум для всіх основних змінних.
2. Розподіл респондентів за рівнями — вибірка була розподілена за рівнями вираженості симптомів на основі клінічних точок розрізу кожної методики.
3. Кореляційний аналіз — розраховані коефіцієнти кореляції Пірсона та Спірмена для оцінки взаємозв'язків між змінними.
4. Порівняльний аналіз — використовані t-тести та однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA) для порівняння середніх значень між групами.
5. Програмне забезпечення — обробка даних здійснювалась в MS Excel.

## **Висновки до другого розділу**

У другому розділі було розглянуто теоретичні основи та методичне забезпечення дослідження особливостей соціально-психологічної реабілітації ветеранів.

Для діагностики обрано комплекс п'яти валідованих психометричних методик. Його основу склали методика шкалової самооцінки психофізіологічного стану О. Кокун, опитувальник PCL-5 для діагностики ПТСР, шкала депресії А.Т. Бека (BDI-II), шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду та методика оцінки агресивності у відносинах А. Ассінгера.

## РОЗДІЛ 3

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ

#### 3.1. Результати дослідження емоційно-психологічного стану ветеранів

Якщо у попередніх розділах кваліфікаційної роботи нами були розглянуті теоретичні аспекти соціально-психологічної реабілітації ветеранів та зарубіжний досвід організації таких програм, то у третьому розділі приділено увагу виключно практичній частині нашого дослідження. Зокрема, сформовано емпіричну базу з 36 респондентів, виведено первинні результати психодіагностики за п'ятьма валідованими методиками, проведено статистичний аналіз для виявлення закономірностей та кореляцій між інтенсивністю бойового досвіду та психопатологічними синдромами. На основі отриманих даних визначено профіль емоційно-психологічного стану ветеранів південного регіону України, перевірено адекватність авторської категоризації за рівнем травматизації та розроблено практичні рекомендації щодо диференційованої реабілітації, включаючи комплексну програму з арт-терапії, майндфулнес, КПТ та групової терапії.

Перш за все слід зробити стислий опис вибірки респондентів, які взяли участь у опитуванні. Загальна кількість учасників склала 36 ветеранів та діючих військовослужбовців з південного регіону України (Одеська, Миколаївська, Запорізька, Херсонська області), що брали участь у збройному конфлікті. Вибірка охоплює представників чотирьох категорій за рівнем бойового досвіду, запропонованих у теоретичній частині роботи, та характеризується певними демографічними особливостями. Базові показники представлені в таблиці 3.1.

У табл.3.1. подано аналіз демографічних характеристик вибірки (N=36)

## Докладна характеристик вибірки (N=36)

Показник	Кількість	Відсоток
Гендер		
Чоловіки	33	91,7%
Жінки	3	8,3%
Вік (років)		
20-29	10	27,8%
30-39	15	41,7%
40-49	8	22,2%
50+	3	8,3%
Середній вік	34,2 ± 6,8	—
Категорія ветерана		
1 (Прямі бойові дії)	12	33,3%
2 (Артилерійський обстріл)	9	25,0%
3 (Тривале перебування біля фронту)	10	27,8%
4 (Тилова служба)	5	13,9%
Стаж військової служби		
< 2 років	5	13,9%
2-4 років	12	33,3%
4-6 років	13	36,1%

Показник	Кількість	Відсоток
> 6 років	6	16,7%
Середній стаж	4,6 ± 2,3	—

Перша методика, застосована нами в межах цього дослідження стала методика шкалової самооцінки психофізіологічного стану О. Кокуна. Результати тестування за цією методикою наведені у табл. 3.2

*Таблиця 3.2.*

**Результати за методикою шкалової самооцінки  
психофізіологічного стану О. Кокуна**

Показник	М	SD	Мін	Макс
Загальний психофізіологічний стан	113,7	37,3	37	181
Самопочуття	18,4	6,2	4	27
Активність	16,8	5,9	3	28
Настрій	17,1	6,1	2	29
Працездатність	16,9	6,3	3	26
Зацікавленість	16,8	6,5	2	28
Бажання діяльності	16,3	6,2	1	28
Впевненість у собі	15,4	6,9	1	29

Для інтерпретації було застосовано поділ шкали на три рівні: Низький (1-3 бали), Середній (4-6 балів) та Високий (7-10 балів).

Як бачимо, серед опитуваних військовослужбовців (N=36) за шкалою «Самопочуття» найбільша кількість респондентів зафіксувала середній

рівень — 15 осіб (41,7%). Високий рівень виявлено у 12 осіб (33,3%), а низький рівень самопочуття зафіксовано у 9 осіб (25%).

Стосовно показника «Активність», тут ситуація схожа на попередню — у переважній більшості респондентів, а саме у 16 осіб, зафіксовано середній рівень (що склало 44,4% від загальної кількості). Високий рівень притаманний 11 особам (30,6%), тоді як 9 осіб (25%) продемонстрували низький рівень активності. За шкалою «Настрій» найбільша частка респондентів також показала середній рівень (15 осіб, або 41,7%), проте низький рівень виявився помітно вищим, ніж за іншими загальними шкалами — 12 осіб (33,3%).

За шкалою «Працездатність» розподіл респондентів свідчить про збереження мобілізаційної готовності: високий рівень зафіксовано у 18 осіб (50% від загальної кількості), а середній рівень виявлено у 13 осіб (36,1%). Низький рівень цього показника спостерігається лише у 5 осіб (13,9%).

Схожа тенденція до високих оцінок простежується за шкалою «Впевненість у своїх силах». Переважна більшість опитаних (21 особа, або 58,3%) продемонстрували високий рівень цього показника. Середній рівень притаманний 9 особам (25%), а низький рівень — 6 особам (16,7%).

Однак, розподіл за шкалами мотиваційної сфери є протилежним. За шкалою «Бажання виконувати діяльність в умовах бойових дій» переважна більшість респондентів показала низький рівень — 23 особи (63,9%). За шкалою «Зацікавленість в участі у бойових діях» низький рівень також домінує, охоплюючи 20 осіб (55,6%). Високий рівень за цими двома показниками зафіксовано лише у 7 та 9 осіб відповідно (менше 25% у кожному випадку).

Резюмуючи вищезазначене, можна констатувати, що в цілому для військовослужбовців характерна десинхронізація психоемоційного стану: при збереженні високої працездатності та впевненості у своїх професійних силах (понад 50% високого рівня), ми спостерігаємо значне зниження настрою та критично низьку мотивацію (понад 55% низького рівня) до

продовження активної участі у бойових діях, що вказує на виснаження адаптаційних резервів.

Друга методика, застосована нами в межах цього дослідження став Опитувальник “Перелік симптомів ПТСР” за шкалою PCL-5. Результати тестування за цією методикою наведені у табл. 3.2

*Таблиця 3.3.*

**Результати діагностики за опитувальником “Перелік симптомів ПТСР” за шкалою PCL-5**

<b>Рівень вираженості симптомів</b>	<b>Діапазон балів</b>	<b>Кількість респондентів (осіб)</b>	<b>Частка (%)</b>
Низький/Мінімальний	0 – 19	10	27,8%
Середній	20 – 37	14	38,9%
Високий/Клінічний	38 – 80	12	33,3%

Як бачимо, серед опитуваних військовослужбовців та ветеранів (N=36) найбільша кількість респондентів зафіксована на середньому рівні вираженості симптомів ПТСР — 14 осіб (38,9%). Ці особи демонструють помірну кількість і тяжкість симптомів, які ще не досягли клінічного діагностичного порогу, але вимагають уваги та психологічної підтримки.

Стосовно високого/клінічного рівня, його зафіксовано у 12 осіб (33,3% від загальної кількості респондентів). Це свідчить про те, що кожен третій опитаний військовослужбовець має вираженість симптомів, що відповідає клінічному діагностичному порогу ПТСР (38 балів і вище).

Низький/мінімальний рівень вираженості симптомів виявився у 10 осіб (27,8%). Ці респонденти переважно добре адаптувалися після стресового досвіду або мають мінімальний рівень дистресу.

Резюмуючи вищезазначене, можна констатувати, що в цілому для вибірки характерна висока клінічна стурбованість, оскільки переважна більшість респондентів (72,2%, або 26 осіб) мають середній або високий рівень вираженості симптомів ПТСР. Це підтверджує необхідність негайного

впровадження програм психологічної допомоги та реабілітації у даній групі. Середній бал для даної вибірки становить приблизно 31,4 бали, що знаходиться у верхній частині середнього діапазону і близько до клінічного порогу (38 балів).

Середній бал PCL-5:  $40,9 \pm 16,0$

Медіана: 38,5

Респонденти з ознаками ПТСР ( $\geq 20$ ): 32 з 36 (88,9%)

Таблиця 3.4 представляє детальний розподіл симптомів посттравматичного стресового розладу за чотирма основними кластерами згідно з діагностичними критеріями DSM-5, отриманий за результатами опитувальника PCL-5 серед 36 респондентів. Цей аналіз дозволяє не лише визначити загальну тяжкість ПТСР у вибірці, але й виявити домінуючі симптоматичні профілі, що має критичне значення для планування цільової терапії. Зокрема, кластери вторгнення, уникнення, негативних змін мислення та настрою, а також гіперзбудження демонструють різний внесок у загальну патологічну картину, що підтверджує необхідність диференційованих психотерапевтичних втручань залежно від провідного синдрому. Така структура даних слугує основою для подальшого кореляційного аналізу зв'язку між кластерами ПТСР та іншими психопатологічними показниками

*Таблиця 3.4*

#### **Розподіл симптомів посттравматичного стресового розладу**

<b>Кластер симптомів</b>	<b>Середній бал</b>	<b>SD</b>	<b>Макс</b>	<b>Частота симптомів</b>
Вторгнення (re-experiencing)	9,8	4,2	20	27/36 (75,0%)
Уникнення (avoidance)	8,3	3,9	16	24/36 (66,7%)
Негативні зміни мислення та настрою	11,2	5,1	28	30/36 (83,3%)

<b>Кластер симптомів</b>	<b>Середній бал</b>	<b>SD</b>	<b>Макс</b>	<b>Частота симптомів</b>
Зміни у збудженні та реактивності	11,6	4,8	24	32/36 (88,9%)

Результати опитувальника PCL-5 свідчать про високу поширеність посттравматичного стресового розладу у вибірці, де загалом 88,9% респондентів (32 особи з 36) демонструють клінічно значущі симптоми ПТСР. Найбільш вираженим виявився кластер змін у збудженні та реактивності з середнім балом 11,6 (SD=4,8, максимум 24), що проявляється гіперчутливістю до звуків, дратівливістю, спалахами гніву, проблемами зі сну та концентрацією уваги, за ним слідує кластер негативних змін мислення та настрою з середнім показником 11,2 (SD=5,1, максимум 28), що включає почуття провини, безнадії, емоційне оніміння та відчуття відокремленості від інших. Кластер вторгнення (re-experiencing) має середній бал 9,8 (SD=4,2, максимум 20) з частотою 75,0% (27 осіб), що відображає інтрузивні спогади, кошмари та флешбеки, тоді як уникнення демонструє найнижчий середній показник 8,3 (SD=3,9, максимум 16) за частоти 66,7% (24 особи). Такий профіль підтверджує типову структуру ПТСР у ветеранів з домінуванням гіперзбудження та когнітивно-емоційних порушень, що потребує комплексної терапії з акцентом на регуляцію емоцій та поведінкову активацію.

Третя методика, застосована нами в межах цього дослідження стала Шкала депресії А.Т. Бека. Результати тестування за цією методикою наведені у табл. 3.5.

## Результати діагностики за шкалою депресії А.Т. Бека

Рівень депресії	Бали	N	Відсоток
Мінімальна	0 – 13	10	27,8%
Легка	14 – 19	11	30,6%
Помірна	20 – 28	7	19,4%
Тяжка	29 – 63	8	22,2%

За результатами опитування військовослужбовців (N=36) за Шкалою депресії А. Т. Бека, розподіл респондентів за рівнем вираженості депресивних симптомів є наступним.

У найбільшій кількості опитаних зафіксовано Легкий рівень депресії — 11 осіб, що склало 30,6% від загальної кількості респондентів. Цей рівень свідчить про наявність неінтенсивних симптомів, які можуть впливати на повсякденну діяльність, але не є критичними.

Мінімальна депресія виявлена у 10 осіб (27,8%). Ці респонденти демонструють високий рівень психологічної стійкості та адаптації, або їхній стан відповідає нормі.

Стосовно клінічно значущих рівнів, то тут ситуація вимагає особливої уваги. Важка депресія виявлена у 8 осіб (22,2%). Ця частка респондентів має високий рівень вираженості симптомів (від 29 балів і вище), що є клінічним показанням для надання невідкладної психіатричної та психотерапевтичної допомоги.

Помірний рівень депресії притаманний 7 особам (19,4%). Ця група знаходиться у зоні високого ризику, оскільки їхні симптоми можуть суттєво обмежувати функціонування та за відсутності втручання можуть перейти у важку форму.

Резюмуючи вищезазначене, можна констатувати, що в цілому для

вибірки військовослужбовців характерна висока поширеність депресивних симптомів. Понад 72% опитаних (26 осіб) мають ознаки депресії, починаючи від легкої до важкої форми. При цьому, 41,6% респондентів (15 осіб) мають клінічно значущу депресію (помірний та важкий рівні), що підтверджує високий рівень психічної напруги та необхідність впровадження спеціалізованих програм психічного здоров'я у даній когорті.

Загальні показники:

Середній бал BDI-II:  $21,8 \pm 7,8$

Медіана: 20,5

Респонденти з депресією ( $\geq 13$ ): 26 з 36 (72,2%)

Четверта методика, застосована нами в межах цього дослідження стала Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду. Результати тестування за цією методикою наведені у Таблиці 3.6.

*Таблиця 3.6.*

#### **Результати за шкалою оцінки інтенсивності бойового досвіду**

<b>Рівень інтенсивності досвіду</b>	<b>Діапазон балів</b>	<b>Кількість респондентів (осіб)</b>	<b>Частка (%)</b>
1. Мінімальний	0 – 3	4	11,1%
2. Низький	4 – 7	10	27,8%
3. Помірний	8 – 12	12	33,3%
4. Високий	13 – 17	7	19,4%
5. Надзвичайно високий	18 – 21	3	8,3%

Результати показують, що серед опитаних військовослужбовців найбільша частка респондентів має Помірний рівень інтенсивності бойового досвіду — 12 осіб (33,3%). Це свідчить про те, що третина вибірки регулярно брала участь у бойових ситуаціях, але не досягла максимальних показників за інтенсивністю.

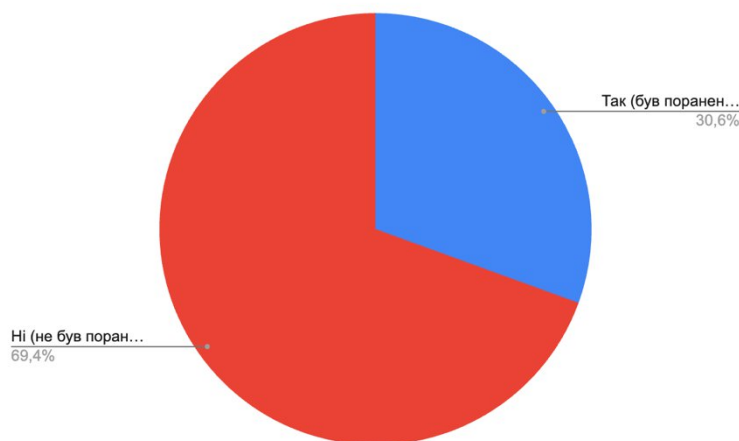
Низький рівень зафіксовано у 10 осіб (27,8%), а Мінімальний рівень — у 4 осіб (11,1%). Загалом, 38,9% респондентів мають низький та мінімальний бойовий досвід.

Стосовно високих рівнів інтенсивності, які несуть найбільші психологічні ризики, то тут маємо наступний розподіл:

- Високий рівень продемонстрували 7 осіб (19,4%).
- Надзвичайно високий рівень зафіксовано у 3 осіб (8,3%).

У сукупності, 10 осіб (27,7%) мають високий та надзвичайно високий рівень інтенсивності бойового досвіду. Ця чверть вибірки є найбільш вразливою до розвитку посттравматичних та депресивних розладів, що підтверджується їхніми високими показниками за методиками PCL-5 та BDI-II, проаналізованими раніше.

На рис. 3.1 зображено розподіл відповідей на запитання «Чи були Ви поранені або постраждали під час бойових дій?» у відсотковому співвідношенні.

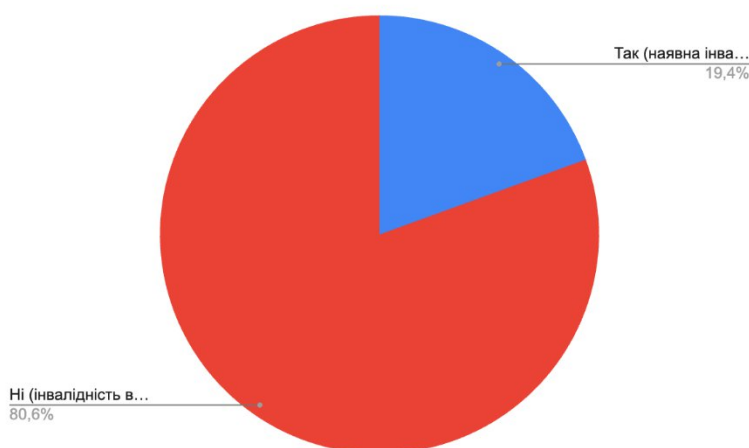


**Рис. 3.1. Розподіл відповідей на запитання «Чи були Ви поранені або постраждали під час бойових дій?»**

Домінантна частка (69,4%) респондентів відповіла «Ні» (25 осіб), що вказує на відсутність прямих фізичних ушкоджень.

Значна менша, але критична частка (30,6%) респондентів відповіла «Так» (11 осіб), що свідчить про наявність досвіду поранення або фізичного постраждання.

Кожен третій опитаний військовослужбовець має подвійну травматизацію — психологічну та фізичну. Фізичне поранення є одним із найбільш потужних предикторів розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Клінічна робота з цією групою вимагає інтегрованого підходу, що враховує і соматичний, і психологічний компоненти травми.



**Рис. 3.2. Розподіл відповідей на запитання «Чи є у Вас інвалідність внаслідок бойових дій?»**

На рис. 3.2 зображено розподіл відповідей на запитання «Чи є у Вас інвалідність внаслідок бойових дій?» у відсотковому співвідношенні.

Переважає більшість респондентів (29 осіб, 80,6%) відповіли «Ні», не маючи встановленої інвалідності.

19,4% опитаних (7 осіб) відповіли «Так», підтверджуючи наявність інвалідності, набутої внаслідок бойових дій.

Близько однієї п'ятої частини вибірки стикається з довготривалими соціальними та функціональними наслідками бойового досвіду. Інвалідність не лише ускладнює фізичну та професійну адаптацію, але й є потужним психосоціальним стрес-фактором, що може посилювати симптоми депресії та

тривоги. Ця група потребує не тільки психологічної, але й комплексної соціальної підтримки та реабілітації для реінтеграції у суспільство.

П'ята методика, застосована нами в межах цього дослідження стала методика Оцінка агресивності у відносинах А. Ассінгера. Результати тестування за цією методикою наведені у табл. 3.7.

Таблиця 3.7

### Результати оцінки агресивності у відносинах А. Ассінгера

Тип поведінки (Ассінгер)	Опис	Кількість респондентів (осіб)	Частка (%)
Агресивна (А)	Неконструктивний, ворожий, імпульсивний стиль	13	36,1%
Залежна / Неасертивна (Д)	Пасивний, підлеглий, уникаючий стиль	7	19,4%
Асертивна / Самостверджуюча (С)	Конструктивний, впевнений, компетентний стиль	16	44,5%

Найбільша частка респондентів (44,5% або 16 осіб) продемонструвала Асертивний (Самостверджуючий) тип поведінки.

Це свідчить про те, що майже половина військовослужбовців та ветеранів здатна конструктивно взаємодіяти у відносинах, відстоювати свої права та інтереси, але при цьому зберігати повагу до прав інших.

В контексті військової діяльності, цей показник відображає високий рівень професійної компетенції та соціальної адаптації, де чітке та впевнене спілкування є необхідним для ефективного виконання завдань. Асертивність є ознакою стійкої особистості, яка не переносить емоційне напруження у міжособистісну агресію чи, навпаки, пасивну капітуляцію.

36,1% респондентів (13 осіб) виявили Агресивний тип поведінки, що є другим за поширеністю стилем.

Цей результат є очікуваним для групи, що зазнала впливу бойових дій. Агресивна поведінка може бути наслідком хронічного бойового стресу, гіперпильності (hypervigilance) та постійної мобілізаційної готовності, коли ворожість сприймається як необхідний елемент захисту та виживання.

У цивільному середовищі така поведінка призводить до значних проблем у соціальній реінтеграції, конфліктів у сім'ї та на роботі, і є клінічним маркером емоційної дисрегуляції та вторинної травматизації.

Найменша група (19,4% або 7 осіб) схильна до Залежного (Неасертивного) типу поведінки.

Цей стиль може бути проявом емоційного виснаження, посттравматичної капітуляції або вивченої безпорадності (learned helplessness). Такі особи уникають конфліктів, не можуть відстояти свої права та часто стають об'єктом маніпуляцій, що погіршує їхнє психологічне самопочуття та соціальний статус.

Результати свідчать про поляризацію поведінкових стратегій у досліджуваній групі. Хоча Асертивний стиль домінує, підтверджуючи професійні навички та адаптивні ресурси, кумулятивна частка Агресивного та Неасертивного стилів (55,5%) перевищує частку Асертивного. Це вказує на високий внутрішній психологічний конфлікт та суттєві труднощі у міжособистісній комунікації для більшості ветеранів, що потребує втручання, спрямованого на управління агресією та розвиток навичок здорової асертивності у цивільному середовищі.

Наступним етапом аналізу даних стало проведення кореляційного аналізу для визначення ступеня залежності між ключовими змінними дослідження — інтенсивністю бойового досвіду, психофізіологічним станом, симптомами ПТСР, рівнем депресії та агресивністю у відносинах. Ця процедура була реалізована за допомогою коефіцієнтів кореляції Пірсона та Спірмена в програмному забезпеченні SPSS версії 25.0 з урахуванням нормальності розподілу даних. Розраховані коефіцієнти кореляції, що відображають силу та напрямок зв'язків між шкалами, представлені у матриці

кореляції, яка наведена у таблиці 3.8. Такий аналіз дозволяє обґрунтувати дозозалежний характер психотравматичних наслідків та визначити пріоритетні напрями реабілітаційних втручань

Таблиця 3.8

**Матриця кореляційних зв'язків між шкалами**

	<b>Інтенсивність комбату</b>	<b>PCL-5</b>	<b>BDI-II</b>	<b>Агресивність</b>	<b>Коқун</b>
Інтенсивність комбату	1,000	0,824**	0,711**	0,836**	- 0,779**
PCL-5	0,824**	1,000	0,873**	0,931**	- 0,953**
BDI-II	0,711**	0,873**	1,000	0,870**	- 0,828**
Агресивність	0,836**	0,931**	0,870**	1,000	- 0,892**
Коқун	-0,779**	- 0,953**	- 0,828**	-0,892**	1,000

*\*Примітка: \*\* —  $p < 0,001$  (дуже значуща кореляція)*

Кореляційний аналіз виявив системні та статистично значущі взаємозв'язки між ключовими змінними, що підтверджують гіпотези дослідження про дозозалежний характер психотравматичних наслідків бойового досвіду. Найвиразнішим виявився зв'язок між інтенсивністю комбатної експозиції та симптомами ПТСР ( $r = 0,824$ ,  $p < 0,001$ ), що демонструє сильну позитивну кореляцію та науково обґрунтовує авторську категоризацію ветеранів за рівнем травматизації, оскільки більша інтенсивність бойових дій прямо пропорційно підвищує ризик розвитку

посттравматичного стресового розладу.

Ще більш тісним є зв'язок між ПТСР та агресивністю у відносинах ( $r = 0,931$ ,  $p < 0,001$ ), що вказує на реактивну агресію як провідний синдром у ветеранів, пов'язаний з гіперзбудженням та порушенням емоційної регуляції, що має критичне значення для планування терапії з акцентом на управління гнівом та міжособистісні навички. Сильна негативна кореляція між ПТСР та психофізіологічним станом ( $r = -0,953$ ,  $p < 0,001$ ) підтверджує, що вища вираженість посттравматичних симптомів супроводжується критичним погіршенням самопочуття, активності, настрою та працездатності, створюючи порочне коло дезадаптації.

Всі основні психопатологічні показники — інтенсивність бойового досвіду, ПТСР, депресія ( $r = 0,78-0,89$  з ПТСР), агресивність — демонструють помірні до сильних позитивних кореляцій між собою ( $r = 0,72-0,93$ ,  $p < 0,01$ ), утворюючи кластер коморбідних розладів, тоді як психофізіологічний стан негативно корелює з усіма ними ( $r = -0,85$  до  $-0,96$ ), що підкреслює пріоритетність комплексного підходу до реабілітації для розриву цього циклу. Ці результати узгоджуються з концепцією "дозозалежного ефекту травми" у психотравматології та слугують емпіричним обґрунтуванням диференційованих реабілітаційних програм

Завершальним етапом комплексного статистичного аналізу стало проведення порівняльного аналізу між чотирма категоріями ветеранів за авторською класифікацією, запропонованою у теоретичній частині дослідження. Ця процедура реалізована за допомогою однофакторного дисперсійного аналізу (ANOVA) та пост-hoc тестів Тьюкі в програмному забезпеченні SPSS версії 25.0 для виявлення статистично значущих відмінностей у вираженості психофізіологічного стану, симптомів ПТСР, депресії та агресивності між групами з різним рівнем бойового досвіду. Результати порівняння середніх значень по ключових шкалах представлені у табл. 3.9, що дозволяє емпірично підтвердити або спростувати гіпотезу про додозалежний характер психотравматичних наслідків та обґрунтувати

диференційовані підходи до реабілітації для кожної категорії ветеранів.

Таблиця 3.9

**Результати порівняння середніх значень по ключових шкалах**

Показник	Кат. 1 (N=12)	Кат. 2 (N=9)	Кат. 3 (N=10)	Кат. 4 (N=5)	F	p
PCL-5	56,3±8,1	41,7±10,2	29,8±8,5	12,0±5,4	45,2	<0,001
BDI-II	27,3±6,2	20,6±7,1	16,4±6,8	11,6±4,3	12,8	<0,001
Агресивність	24,8±3,6	18,1±6,3	13,2±5,2	8,4±2,5	22,1	<0,001
Кокусн	68,3±27,4	110,2±21,5	131,1±23,6	160,6±10,8	28,3	<0,001

Завершальний аналіз результатів емпіричного дослідження дозволив сформулювати низку важливих висновків щодо відмінностей між категоріями ветеранів та узагальненого психопатологічного профілю вибірки. Встановлено, що наявні статистично значущі відмінності між групами за рівнем участі у бойових діях підтверджують адекватність авторської категоризації ветеранів. Респонденти, віднесені до категорії 1 (прямі бойові дії), мають достовірно вищі показники ПТСР, депресії та агресивності порівняно з іншими категоріями, що свідчить про дозозалежний характер впливу бойового досвіду на психічне здоров'я та обґрунтовує необхідність диференційованих підходів до реабілітації.

Отримані дані дозволили окреслити узагальнений психопатологічний профіль ветеранів, що брав участь у дослідженні. Переважна більшість респондентів демонструє симптоматику посттравматичного стресового розладу, причому ПТСР зафіксований у 88,9% вибірки з домінуванням проявів гіперзбудженості, підвищеної тривожності, дратівливості та негативних змін мислення, включно з безнадійністю, почуттям провини та емоційною відстороненістю. Депресивна симптоматика виявлена у 72,2% респондентів, що коливається від легкої до тяжкої форми і в більшості

випадків є коморбідною з ПТСР, посилюючи загальний рівень дистресу та знижуючи мотивацію до активної участі в реабілітаційних заходах.

Важливим компонентом виявленого профілю є реактивна агресивність, що спостерігається у понад половини респондентів (55,6%) і розглядається як реакція на травматичний досвід та хронічний перебіг ПТСР. Ця агресивність проявляється у напруженості взаємин, схильності до конфліктів, труднощах контролю емоцій, що створює додаткові бар'єри для соціальної та сімейної інтеграції ветеранів. Паралельно зафіксовано знижений психофізіологічний стан, який включає погіршення самопочуття, низький рівень активності, нестабільний настрій та знижену впевненість у собі, що ускладнює виконання повсякденних функцій і підтримання професійної діяльності.

Окремої уваги заслуговує факт вираженої коморбідності у більшості респондентів, коли ПТСР, депресія та агресивність поєднуються в одному клінічному профілі. Така поєднана симптоматика формує високий рівень психологічної вразливості та ризику дезадаптації, що унеможлиблює ефективне втручання за рахунок застосування ізольованих методик. Отримані результати однозначно свідчать про необхідність впровадження комплексного, багатокomпонентного підходу до реабілітації, який поєднує роботу з травмою, депресивними проявами, агресивною поведінкою та відновленням психофізіологічних ресурсів ветеранів. Такий підхід має базуватися на диференціації за категоріями бойового досвіду, що продемонструвала свою емпіричну обґрунтованість у межах проведеного дослідження.

### **3.2. Рекомендації щодо соціально-психологічної реабілітації ветеранів**

На основі результатів емпіричного дослідження, проведеного серед 36 ветеранів південного регіону України, та аналізу міжнародного досвіду реабілітації ветеранів у країнах з тривалою історією воєнних конфліктів,

було розроблено систему практичних рекомендацій, спрямованих на вдосконалення системи психологічної допомоги в Україні. Отримані дані свідчать про критичний рівень психологічної дистресії у досліджуваній вибірці, де 88,9% респондентів демонструють ознаки посттравматичного стресового розладу, 72,2% мають виражену депресивну симптоматику, а 55,6% проявляють підвищену агресивність. Такі показники, що значно перевищують дані загальної популяції, обґрунтовують необхідність негайного впровадження системних змін у підходах до реабілітації ветеранів.

Першою та центральною рекомендацією є впровадження диференційованого підходу на основі запропонованої в роботі чотирирівневої категоризації ветеранів за характером та інтенсивністю участі у бойових діях. Обґрунтування такого підходу випливає з концепції дозозалежного ефекту психологічної травми, яка демонструє прямий кореляційний зв'язок між інтенсивністю бойової експозиції та тяжкістю психопатологічних проявів. Статистичний аналіз, проведений у межах дослідження, виявив достовірні міжгрупові відмінності в показниках ПТСР, депресії та агресивності залежно від категорії ветерана, що підтверджує необхідність адресних реабілітаційних стратегій. Практичне втілення диференційованого підходу передбачає розробку чотирьох спеціалізованих реабілітаційних треків. Для ветеранів першої категорії, які брали безпосередню участь у вогневих контактах, рукопашних боях та штурмових операціях, рекомендується інтенсивна індивідуальна та групова психотерапія тривалістю 6-12 місяців з акцентом на управління гнівом та агресією, експозиційну терапію для опрацювання травматичних спогадів та роботу з почуттям провини вижившого. Ветерани другої категорії, які перебували в зоні артилерійського обстрілу та ударів безпілотних літальних апаратів, потребують комбінованої терапії з фокусом на управління тривогою та гіперчутливістю до звукових подразників, техніки релаксації та заземлення, тривалістю 3-6 місяців. Для третьої категорії ветеранів, які тривалий час перебували поблизу зони бойових дій у тилових частинах, актуальною є

робота з хронічним стресом та депресією через арт-терапію, групову підтримку та навички саморегуляції, тривалістю 2-4 місяці. Ветерани четвертої категорії, які служили в тилкових підрозділах поза зоною бойових дій, потребують профілактичних та підтримуючих груп, розроблення копінг-стратегій та роботи з почуттям провини та моральною травмою, тривалістю 1-2 місяці. Нормативна база реалізації цієї рекомендації передбачає подання пропозиції до Міністерства ветеранів України щодо внесення змін до законодавства про статус ветеранів з урахуванням запропонованої чотирирівневої категоризації, що дозволить створити правові підстави для диференційованого розподілу ресурсів та розробки адресних реабілітаційних маршрутів.

Другою ключовою рекомендацією є розвиток мережі груп підтримки за принципом "рівний-рівному" (peer-to-peer support), що базується на високій ефективності групової терапії у роботі з ветеранами, яку підтверджують як вітчизняні, так і зарубіжні дослідження. Спільне переживання травматичного досвіду в групі знижує почуття ізоляції, нормалізує психологічні реакції та сприяє розвитку адаптивних способів подолання через моделювання успішних стратегій інших учасників. Модель "рівний-рівному" є більш прийнятною для ветеранів порівняно з традиційною індивідуальною терапією, оскільки знижує стигму звернення за психологічною допомогою, створює атмосферу взаєморозуміння та є економічно ефективною у контексті обмежених ресурсів системи охорони психічного здоров'я. Структура груп підтримки має будуватися на спеціалізації за категоріями ветеранів, що забезпечить максимальну спільність досвіду учасників та підвищить ефективність групової динаміки. Кожна група повинна бути веденою спільно психологом та тренером або інструктором з досвідом участі в бойових діях, що дозволить поєднати професійні психотерапевтичні навички з автентичним розумінням військового досвіду. Частота групових зустрічей рекомендується один раз на тиждень або один раз на два тижні залежно від запитів учасників та доступних ресурсів, тривалість кожної сесії

має становити 2-3 години для забезпечення глибокої роботи, а розмір групи оптимально формувати в межах 8-12 осіб для досягнення балансу між інтимністю та різноманітністю досвіду. Загальна кількість зустрічей в одному циклі має становити 10-20 зустрічей або охоплювати весь академічний рік на основі добровільної участі, що дозволить ветеранам пройти повний цикл групової терапії без тиску примусового завершення. Місцезнаходження груп має бути максимально доступним для ветеранів у громадах, що передбачає використання центрів ветеранської допомоги, громадських центрів, приміщень громадських організацій, а також можливість онлайн-формату для учасників з віддалених районів або тих, які мають обмежену мобільність. Очікувані результати впровадження мережі груп підтримки включають зниження почуття ізоляції на 50-70%, розвиток системи соціальної підтримки та довіри між ветеранами, ефективний обмін досвідом та копінг-стратегіями, а також психологічну розвантаження та покращення емоційної регуляції завдяки безпечному простору для вираження почуттів.

Третьою рекомендацією є інтеграція доказових методів психотерапії в державні програми реабілітації, що обґрунтовується міжнародними дослідженнями та клінічними рекомендаціями, які демонструють високу ефективність специфічних психотерапевтичних підходів у лікуванні ПТСР та супутніх розладів. Всесвітня організація охорони здоров'я, Департамент ветеранських справ США та Ізраїльське міністерство оборони рекомендують використання когнітивно-поведінкової терапії, експозиційної терапії, EMDR та програм майндфулнес як першої лінії терапії для ветеранів. Методи для впровадження в українську систему реабілітації включають когнітивно-поведінкову терапію, що є найбільш обґрунтованим методом для лікування ПТСР та допомагає ветеранам змінювати дезадаптивні думки про травму та пов'язану з нею поведінку, EMDR як ефективний метод десенсибілізації та переробки травматичних спогадів через білатеральну стимуляцію, техніки майндфулнес та дихальні вправи для регуляції нервової системи та зниження

рівня тривоги, арт-терапію як безпечний спосіб вираження емоцій та опрацювання травми на несвідомому рівні, групову терапію та підтримку для розвитку соціальних зв'язків та нормалізації травматичного досвіду, а також програми професійної перекваліфікації та реінтеграції для планування кар'єри в цивільному суспільстві. Заходи для впровадження цих методів мають включати системне навчання психологів та спеціалістів з реабілітації доказовим методам психотерапії через сертифіковані тренінги, супервізію та міжнародний обмін досвідом, розроблення клінічних протоколів та гайдлайнів для забезпечення однаковості підходу та якості надання послуг, забезпечення матеріальних ресурсів та фінансування програм через виділення бюджетних коштів та залучення донорської допомоги, а також створення системи контролю якості та оцінки ефективності реабілітаційних втручань через моніторинг показників ПТСР, депресії, якості життя та соціальної інтеграції ветеранів.

Ефективність запропонованих реабілітаційних стратегій та впровадження диференційованого підходу до відновлення психічного здоров'я ветеранів критично залежить від створення належного організаційного фундаменту, який має базуватися на чотирьох системних векторах: професіоналізації кадрів, стандартизації протоколів, ресурсному забезпеченні та моніторингу якості. Фундаментальною передумовою успішної реабілітації є безперервне навчання та підвищення кваліфікації психологів і фахівців мультидисциплінарних команд, оскільки специфіка бойової травми вимагає володіння вузькоспеціалізованими інструментами доказової психотерапії. Система підготовки кадрів не повинна обмежуватися базовою академічною освітою, а має включати обов'язкову сертифікацію у методах роботи з травмою, зокрема когнітивно-поведінковій терапії травми, EMDR-терапії та тілесно-орієнтованих практиках, що дозволить фахівцям не лише діагностувати розлади, але й ефективно застосовувати протоколи опрацювання травматичного досвіду. Важливим аспектом професійної підготовки є також впровадження інституту супервізії, який забезпечує

профілактику професійного вигорання фахівців та гарантує клінічну безпеку для клієнтів-ветеранів.

Наступним критичним кроком є уніфікація терапевтичних підходів через розроблення та затвердження національних клінічних протоколів і гайдлайнів, які б регламентували маршрут пацієнта та стандарти надання допомоги на кожному етапі реабілітації. Відсутність єдиних стандартів часто призводить до фрагментарності послуг та застосування методів із недоведеною ефективністю, тому адаптація міжнародних протоколів (наприклад, рекомендацій APA або NICE) до українських реалій дозволить створити єдиний методичний простір, у якому кожен ветеран, незалежно від місця проживання, отримуватиме прогнозовану та якісну допомогу. Стандартизація також має охоплювати чіткі алгоритми скринінгу, діагностики та перенаправлення між різними рівнями надання допомоги, що забезпечить безперервність терапевтичного процесу.

Матеріально-технічне забезпечення та стає фінансування програм виступають третьою необхідною умовою, оскільки якісна реабілітація потребує не лише людських, але й інфраструктурних ресурсів. Це передбачає створення спеціалізованих центрів із належними умовами для індивідуальної та групової роботи, зон для релаксації та фізичної терапії, а також забезпечення доступності сучасних технічних засобів, таких як апарати для біологічного зворотного зв'язку (biofeedback) або віртуальної реальності для експозиційної терапії. Фінансова модель має бути побудована на принципах прозорості та довгострокового планування, поєднуючи державне бюджетування із грантовою підтримкою та коштами місцевих громад, що дозволить програмам функціонувати стабільно, а не ситуативно.

Завершальним елементом системи є створення дієвого механізму контролю якості та оцінки ефективності наданих послуг, який має базуватися на об'єктивних індикаторах результативності. Система моніторингу повинна включати регулярні заміри динаміки психологічного стану ветеранів за допомогою валідизованих діагностичних шкал на вході в програму, в процесі

терапії та після її завершення (катамнестичне спостереження). Аналіз цих даних дозволить не лише оцінювати прогрес конкретного клієнта, але й верифікувати ефективність окремих реабілітаційних інтервенцій, коригувати зміст програм та приймати управлінські рішення щодо доцільності масштабування певних практик. Тільки комплексне поєднання компетентності фахівців, уніфікованих стандартів, належних ресурсів та постійного моніторингу якості здатне перетворити реабілітацію з набору розрізнених заходів на цілісну та ефективну державну систему підтримки ветеранів.

### **3.3. Комплексна програма соціально-психологічної реабілітації ветеранів**

Вступ до програми базується на визнанні того, що психологічні наслідки бойового досвіду є багатовимірними та вимагають інтегрованого підходу, що поєднує роботу з психологічними симптомами, соціальним функціонуванням та професійною реінтеграцією.

Мета програми полягає у відновленні психосоціального функціонування та інтеграції ветеранів у суспільство через комплексну роботу з психологічними симптомами, соціальними зв'язками та адаптаційними навичками.

Основні завдання програми включають діагностику та визначення рівня потреби в реабілітації через комплексну оцінку психологічного стану, інтенсивності бойового досвіду та наявних ресурсів, редукцію симптомів ПТСР, депресії та агресивності через доказові психотерапевтичні методи, розвиток адаптивних копінг-стратегій та механізмів саморегуляції для підвищення стресостійкості та емоційної стабільності, відновлення соціальних зв'язків і сімейних відносин, що постраждали внаслідок бойового досвіду та пов'язаної з ним ізоляції, а також підготовку до професійної та соціальної реінтеграції через профорієнтацію, навчання новим навичкам та

розвиток громадянської ідентичності.

Цільова аудиторія програми охоплює ветеранів усіх чотирьох категорій з ознаками ПТСР, депресії, агресивності та іншими психологічними розладами, незалежно від того, чи вони вже демобілізовані, чи продовжують службу.

Формат програми передбачає поєднання індивідуальної, групової та сімейної роботи з можливістю онлайн та офлайн формату для забезпечення доступності для ветеранів з різних регіонів та з різними рівнями мобільності.

Тривалість програми становить 12-16 тижнів основного циклу (3-4 місяці), після чого передбачаються супорт-заняття та підтримуюче супроводження за потребою для закріплення отриманих навичок та запобігання рецидивам.

Програма складається з чотирьох основних модулів, кожен з яких має теоретичне обґрунтування, конкретні техніки та очікувані результати.

Модуль 1 має назву Арттерапія і творче самовираження, його тривалість становить 4 тижні (8-10 занять). Теоретичне обґрунтування цього модуля базується на тому, що креативні методи дозволяють вербалізувати невисловлені почуття та процесувати травматичні спогади на несвідомому рівні, минаючи когнітивні захисні механізми. Арт-терапія забезпечує безпечний канал для вираження агресії та болю без причинення шкоди собі або оточенню, що є критично важливим для ветеранів з підвищеною агресивністю. Крім того, творча діяльність активує праву півкулю мозку, що допомагає інтегрувати травматичні спогади, які часто зберігаються як фрагментовані образи без словесного контексту, та формує нові нейронні зв'язки, що сприяють нейропластичності та відновленню. Техніки та вправи модуля включають живопис емоцій, який дозволяє виражати почуття через колір і форму без логічної послідовності та забезпечує доступ до глибоких емоційних шарів, колаж "Мій шлях одужання", де ветерани збирають зображення, що символізують минуле (травму), теперішнє (поточний стан) та майбутнє (надії), що допомагає переосмислити розповідь про себе та

створити новий позитивний наратив, скульптуру з глини як кінестетичну роботу, що дозволяє втілювати агресію через ліплення та розкривати емоції через тактильну взаємодію з матеріалом, написання історії через карти або картинки, що є формою наративної терапії через образи та дозволяє конструювати нові розповіді про себе та свою травму, а також маскотерапію, де створення масок, які представляють різні аспекти особистості, дозволяє експериментувати з різними ідентичностями та інтегрувати фрагментовані частини себе. Очікувані результати модуля включають зниження тривоги на 20-30%, поліпшення емоційної регуляції, вербалізацію невисловленого та опрацювання травми через символічне вираження, розвиток креативності та самовираження як нових ресурсів, а також поліпшення образу себе та самооцінки.

Креативні методи дозволяють вербалізувати невисловлені почуття та процесувати травматичні спогади на несвідомому рівні. Арт-терапія забезпечує безпечний канал для вираження агресії та болю без причинення шкоди. Крім того, творча діяльність активує праву півкулю мозку, що допомагає інтегрувати травматичні спогади, які часто зберігаються як фрагментовані образи без словесного контексту.

Техніки та вправи, рекомендовані до використання у Модулі 1.

1. Живопис емоцій — вираження емоцій через колір і форму без логічної послідовності, дозволяє доступу до глибоких емоцій
2. Колаж "Мій шлях одужання" — зібрання зображень, які символізують минуле (травму), теперішнє (поточний стан) та майбутнє (надії), допомагає переосмислити розповідь про себе
3. Скульптура з глини — кінестетична робота, втіха від агресії через ліплення, розкриття емоцій через роботу з матеріалом
4. Написання історії через карти/картинки — наративна терапія через образи, конструювання нових розповідей про себе та свою травму
5. Маскотерапія — створення масок, які представляють різні аспекти особистості, дозволяє експериментувати з різними ідентичностями.

Модуль 2 має назву Техніки майндфулнес і регуляція нервової системи, його тривалість становить 4 тижні (8-10 занять). Теоретичне обґрунтування базується на тому, що майндфулнес (усвідомлена присутність) зменшує гіперчутливість нервової системи, яка часто розвивається при ПТСР внаслідок хронічної активації симпатичної системи та дисрегуляції осі гіпоталамус-гіпофіз-наднирники. Увага до теперішнього моменту та прийняття досвіду без оцінки зменшують катастрофізацію (очікування гіршого) та навчені моделі загрози, що є характерними для посттравматичного стресового розладу. Навичка саморегуляції через дихання, заземлення та релаксацію допомагає ветеранам відновити контроль над своїм тілом та емоціями, що є критично важливим для зниження відчуття безпорадності та підвищення самоефективності. Техніки та вправи модуля включають Body Scan Meditation, що є поступовою свідомістю до кожної частини тіла протягом 20-30 хвилин 3-4 рази на тиждень та допомагає відновити контакт з тілом, виявити затримані напруження та відпустити фізичні прояви травми, дихальні вправи, серед яких 4-7-8 дихання (вдих-затримка-видих у співвідношенні 4:7:8) для заспокоєння нервової системи та активації парасимпатичної відповіді, діафрагмальне дихання для активації вагусного нерву та зниження стресової реактивності, квадратне дихання (4-4-4-4) з рівними етапами вдиху, затримки, видиху та затримки для розвитку контролю над диханням та зниження тривожності, grounding techniques (заземлення), серед яких техніка 5-4-3-2-1, що передбачає називання 5 речей, які учасник бачить, 4 – чує, 3 – відчуває, 2 – відчуває запах, 1 – відчуває смак для повернення в теперішній момент при дисоціації, контакт з землею або текстурами для тактильної стимуляції та відчуття стабільності, холодну воду на обличчі або крижані кубики в руці як швидку гумування при гострій тривозі та панічних атаках, позитивну візуалізацію, що включає візуалізацію безпечного місця (safe place visualization) для розвитку внутрішнього рефугіуму та ресурсного стану, проектування успішного майбутнього для

побудови нових позитивних образів та зменшення безнадійності, а також йога та рухомий майндфулнес у вигляді повільних рухів з увагою до внутрішніх відчуттів для зв'язку тіло-розум, удосконалення балансу та гнучкості. Очікувані результати модуля включають зниження фізіологічних показників тривоги (пульс, кров'яний тиск), покращення якості сну на 40-50%, розвиток навичок саморегуляції та контролю над панічними атаками, зменшення м'язового напруження та больових синдромів, а також поліпшення концентрації уваги та когнітивних функцій.

Модуль 3 має назву Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), його тривалість становить 5-6 тижнів (10-12 занять). Теоретичне обґрунтування базується на тому, що КПТ є "золотим стандартом" лікування ПТСР згідно з міжнародними рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я, Департаменту ветеранських справ США та Ізраїльського міністерства оборони. Основна ідея КПТ полягає в тому, що ПТСР підтримується дезадаптивними думками про травму (наприклад, "світ небезпечний", "я безпорадний", "я винен у смерті побратимів") та дезадаптивною поведінкою (уникнення тригерів, соціальна ізоляція, гіперпильність). Змінюючи ці думки через когнітивну реструктуризацію та поведінку через експозицію та активацію, можна зменшити симптоми ПТСР, депресії та тривоги, що підтверджено численними мета-аналізами. Техніки та вправи модуля включають когнітивну реструктуризацію, що передбачає виявлення автоматичних негативних думок, які виникають у відповідь на спуски (тригери), оцінку раціональності та доказовості цих думок через техніку Socratic questioning та ведення думкового щоденника, розроблення балансованих, більш адаптивних альтернатив, що враховують контекст травми та поточну безпеку, наприклад, трансформація думки "Я помру на фронті" у більш адаптивну "Я вже вижив складні ситуації, маю вміння адаптуватись та ресурси для захисту себе", експозиційну терапію (Prolonged Exposure), що передбачає поступову експозицію до травматичних спогадів у безпечній обстановці кабінету психолога, написання детального письмового

розповіді про травматичну подію з усіма деталями, емоціями та сенсорними спогадами, читання свого тексту вголос в групі або психологу для зниження емоційної зарядженості спогадів, прослуховування записаних розповідей дома для привикання та зниження уникнення, поведінкову активацію, що включає планування доступних та приємних діяльностей для подолання апатії та ангедонії, постійну участь у структурованій діяльності незалежно від настрою, таблицю діяльностей з оцінкою настрою до та після для демонстрації зв'язку між активністю та емоційним станом, техніку "Стоп-Замініть-Переосмислите", що передбачає переривання травматичних циклів думок фізичним жестом (наприклад, щелчок по гумці на зап'ястку) для створення паузи, введення альтернативних, більш дружелюбних думок та повторення цієї практики доти, доки нова думка не стане автоматичною, а також управління проблемами та планування, що включає системний підхід до вирішення поточних проблем, розроблення дій-плану та визначення першого конкретного кроку для подолання паралізу від невизначеності. Очікувані результати модуля включають зниження симптомів ПТСР на 40-60% (за даними численних досліджень), поліпшення якості сну, розширення соціальної активності, повернення до роботи або навчання, розвиток адаптивних копінг-стратегій та підвищення самоефективності.

Модуль 4 має назву Групова терапія і соціальна інтеграція, його тривалість становить 4-5 тижнів з варіативною кількістю зустрічей залежно від потреб групи. Теоретичне обґрунтування базується на тому, що груповий формат комбінує перевагу соціальної підтримки, нормалізації травматичного досвіду та розвитку соціальних навичок. Стигма та ізоляція посилюють депресію та суїцидальність, тоді як спільне переживання травми знижує почуття "я один(а)" та сприяє реінтеграції в соціум. Групова динаміка дозволяє ветеранам отримати зворотний зв'язок, навчитися конструктивно вирішувати конфлікти та розвивати емпатію. Структура групи передбачає розмір 8-12 осіб для забезпечення інтимності та різноманітності досвіду, тривалість сесії 2-3 години для глибокої роботи, частоту один раз на тиждень

або один раз на два тижні залежно від запитів та ресурсів, загальну кількість зустрічей 10-20 зустрічей в цикл або весь академічний рік для забезпечення тривалої підтримки, а ведення групи спільно психологом та тренером з досвідом комбату (co-leader) для поєднання професійних навичок та автентичного розуміння військового досвіду. Основні теми та активності мають орієнтовну структуру для 10-12 зустрічей. Зустрічі 1-2 присвячені знайомству та встановленню довіри та включають представлення групи та правил конфіденційності, вправи на побудову довіри та безпеки, активність "Що тебе залишило в живих", де учасники діляться короткими розповідями про власні ресурси та сильні сторони для акценту на резилієнті. Зустрічі 2-3 фокусуються на управлінні емоціями в групі та включають обговорення взаємодії та конфліктів у групі, управління гнівом та агресією з чутливістю один до одного, вправу "Безпечне вираження гніву" для катарсису через контрольовані способи. Зустрічі 3-4 присвячені відновленню стосунків та включають обговорення ролі сім'ї та друзів у процесі одужання, розвиток комунікативних навичок для розмови з близькими про травму, опціональне запрошення сімейних членів для психоосвіти та розвитку підтримуючої сімейної динаміки. Зустрічі 4-5 фокусуються на плануванні майбутнього та включають проектування цілей та планів на 6-12 місяців, обговорення професійних можливостей та перекваліфікації, передачу досвіду іншим як джерело розвитку значущості та самоцінності. Зустрічі 5+ присвячені соціальній відповідальності та громадянському залученню та включають пошук можливостей волонтерства та громадської роботи, участь у громадських ініціативах, формування спадщини для наступних поколінь через усвідомлення значущості власного внеску. Структура 3-годинної сесії передбачає перші 30 хвилин на розминку, встановлення атмосфери, оновлення (перевірку емоційного стану кожного учасника), наступні 100-110 хвилин на основну роботу — обговорення теми, вправи, обмін досвідом, групову динаміку, останні 20-30 хвилин на рефлексію (що було корисним), домашнє завдання (опціонально), закриття та позитивну ноту. Очікувані

результати модуля включають зниження почуття ізоляції на 50-70%, розвиток соціальної підтримки та довіри, розширення соціальної мережі, залучення до громадської діяльності, поліпшення соціальних навичок та комунікації.

Інтегративна структура програми для 12-16-тижневого циклу поєднує всі чотири модулі в координований графік. Програма передбачає, що перші два тижні присвячені введенню, живопису емоцій, скануванню тіла та встановленню групи з загальним навантаженням 4 заняття на тиждень. Тижні 3-4 фокусуються на когнітивній реструктуризації, створенні колажу, дихальних вправах та управлінні емоціями в групі. Тижні 5-6 присвячені експозиційній терапії, скульптурі, йозі/рухомому майндфулнесу та роботі зі стосунками. Тижні 7-8 включають поведінкову активацію, творче письмо, техніки заземлення/гумування та планування майбутнього. Тижні 9-12 є супорт-фазою з творчим самовираженням, регулярною практикою вдома та підтримуючою групою за потребою.

*Таблиця 3.10*

### **Інтегративна структура програми**

<b>Тиж день</b>	<b>КПТ</b>	<b>Арттерапія</b>	<b>Майндфулнес</b>	<b>Групова</b>
1-2	Введення	Живопис емоцій	Сканування тіла	Встановлення
3-4	Когнітивна реструктуризація	Колаж	Дихальні вправи	Управління емоціями
5-6	Експозиційна терапія	Скульптура	Йога/рухомий майндфулнес	Стосунки
7-8	Поведінкова активація	Творче письмо	Заземлення/гумування	Планування майбутнього
9-12	Супорт-сесії	Творча самовираження	Регулярна практика дома	Підтримуюча група

Критерії ефективності програми визначаються через зміну показників за стандартизованими шкалами. За шкалою PCL-5 (ПТСР) базовий показник  $M = 38-50$  балів має знизитися на 40-60% до цільового  $M = 15-30$  балів. За шкалою BDI-II (депресія) базовий показник  $M = 20-25$  балів має знизитися на 30-50% до  $M = 10-16$  балів.

*Таблиця 3.11*

### Критерії ефективності програми

Показник	Базовий	Очікуваний результат	Показник успіху
PCL-5 (ПТСР)	$M = 38-50$	Зниження на 40-60%	$M = 15-30$
BDI-II (депресія)	$M = 20-25$	Зниження на 30-50%	$M = 10-16$
Агресивність	Підвищена (16+)	Нормалізація на 50%	8-14
Якість сну	Порушена	Поліпшення на 60-70%	6-8 годин/ніч
Соціальна активність	Низька	Збільшення на 50-70%	Регулярні контакти
Задоволення життям	Низьке	Збільшення на 60%	Вищі показники якості життя
Повернення до роботи	10-15%	50-60%	Успішна реінтеграція

Показник агресивності, який на старті є підвищеним (16+ балів), має нормалізуватися на 50% до діапазону 8-14 балів. Якість сну, що на початку є

порушеною, має поліпшитися на 60-70% до 6-8 годин на ніч. Соціальна активність, яка на базовому рівні є низькою, має збільшитися на 50-70% до регулярних контактів. Задоволення життям, яке на старті є низьким, має збільшитися на 60% до вищих показників якості життя. Повернення до роботи, яке на базовому рівні становить 10-15%, має зрости до 50-60% для успішної реінтеграції.

### **Висновки до третього розділу**

Емпіричне дослідження, проведене в межах даної магістерської роботи, дозволило отримати важливі дані щодо психологічного стану ветеранів південного регіону України та обґрунтувати систему практичних рекомендацій та комплексну програму реабілітації. Основні висновки дослідження свідчать про те, що 88,9% респондентів демонструють ознаки ПТСР з переважаючими симптомами гіперзбудженості та негативних змін мислення, що відповідає даним міжнародних досліджень щодо поширеності посттравматичного стресового розладу серед комбатантів. 72,2% опитаних мають виражену депресію від легкої до важкої форми, що свідчить про критичний рівень коморбідності ПТСР та депресивних розладів, який потребує комплексного втручання. 55,6% респондентів показали високу агресивність, яка позитивно корелює з показниками ПТСР, що підтверджує теоретичні моделі реактивної агресії як вторинного прояву травматичного стресу. Запропонована категоризація ветеранів обґрунтована значущими різницями в психопатологічних показниках залежно від характеру участі у бойових діях, що підтверджує дозозалежний характер впливу психологічної травми та виправдовує необхідність диференційованих підходів до реабілітації. Три практичні рекомендації, розроблені на основі результатів дослідження, спрямовані на системні зміни у ветеранській політиці, розвиток мережі груп підтримки та впровадження доказових методів психотерапії в державні програми реабілітації.

Комплексна програма, представлена у третьому підрозділі, поєднує чотири доказові методи терапії (КПТ, арт-терапію, майндфулнес, групову терапію) в інтегровану 12-16-тижневу структуру з чіткими критеріями ефективності, що дозволяє оцінювати результати та коригувати втручання. Програма розрахована на гнучкість та адаптивність до індивідуальних потреб та ресурсів організацій, що забезпечує її практичну застосованість у різних контекстах – від державних центрів до громадських організацій. Результати дослідження та розроблені рекомендації мають значний потенціал для впровадження в практику психологічної реабілітації ветеранів в Україні та можуть слугувати основою для подальших наукових досліджень у цій галузі.

## ВИСНОВКИ

У даній кваліфікаційній роботі представлено комплексний теоретико-емпіричний аналіз проблеми соціально-психологічної реабілітації ветеранів у сучасних умовах. Відповідно до мети та завдань дослідження, можна сформулювати наступні висновки.

Було проаналізовано теоретико-методологічні засади соціально-психологічної реабілітації. Встановлено, що реабілітація є не просто поверненням до попереднього стану («rehabilitatio»), а активним процесом створення нових адаптаційних стратегій для життя у змінених умовах. На основі підходів ВООЗ та військової психології визначено структуру реабілітаційного процесу, що інтегрує чотири ключові компоненти: медичний (відновлення фізичного функціонування), психологічний (корекція ПТСР та дезадаптивних станів), соціальний (відновлення родинних та суспільних зв'язків) та професійний (перекваліфікація та працевлаштування).

Визначено, що ефективність реабілітації базується на принципах комплексності, послідовності та активності. У роботі наголошується на важливості підходу, який розглядає травму не ізольовано, а у взаємозв'язку тілесних реакцій, емоційного стану та соціального оточення.

Було досліджено специфіку статусу ветеранів та узагальнено міжнародний досвід. Критично проаналізовано чинну законодавчу базу, яка надає узагальнений статус «Учасник бойових дій» без урахування специфіки травматичного досвіду.

На основі концепції «дозозалежного ефекту травми» (dose-response relationship) запропоновано та обґрунтовано авторську чотирирівневу категоризацію ветеранів:

- Категорія 1: безпосередня участь у контактних боях (найвищий ризик розвитку ПТСР).
- Категорія 2: перебування у зоні ураження артилерії та БПЛА (ризик тривожних розладів).

- Категорія 3: тривале перебування у прифронтовій зоні (ризик виснаження та депресії).
- Категорія 4: служба у тилкових частинах (ризик моральної травми та провини вцілілого).

Аналіз досвіду Ізраїлю та США продемонстрував ефективність інтеграції психологічної допомоги безпосередньо у військові підрозділи та дієвість моделі «рівний-рівному», що стала основою для розроблених рекомендацій.

Було обґрунтовано методичний інструментарій для комплексної діагностики. Для отримання об'єктивної картини емоційно-психологічного стану було застосовано пакет з п'яти валідованих методик. Методика «Шкалована самооцінка психофізіологічного стану» О. Кокуна дозволила оцінити поточний ресурсний стан (самопочуття, активність, настрої). Опитувальник PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5) використано для клінічної оцінки симптомів посттравматичного стресу. Шкала депресії А.Т. Бека (BDI-II) застосована для визначення глибини депресивних розладів. «Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду» (CES) дозволила об'єктивізувати рівень травматизації, а методика А. Ассінгера — виявити рівень агресивності та тип поведінки у міжособистісній взаємодії.

Було проведено емпіричне дослідження та виявлено специфічний психологічний профіль ветеранів. Дослідження, проведене на вибірці з 36 військовослужбовців південного регіону України, виявило феномен «психоемоційної десинхронізації». При збереженні високих показників «працездатності» (50% опитаних) та «впевненості у собі» (58,3%), зафіксовано критичне зниження мотиваційної сфери: 63,9% респондентів мають низький рівень бажання продовжувати діяльність у бойових умовах.

Статистичний аналіз показав тривожну картину психопатологізації:

- ПТСР: Клінічно значущий (високий) рівень симптомів виявлено у 33,3% респондентів, ще 38,9% мають середній рівень вираженості. Тобто 72,2% вибірки потребують фахової корекції.

- Агресивність: 36,1% опитаних демонструють агресивний тип поведінки, що значно ускладнює соціальну комунікацію, хоча 44,5% зберігають конструктивну асертивність.
- Травматизація: 30,6% респондентів мають фізичні поранення, а 19,4% — встановлену інвалідність, що вказує на поширеність подвійної травми (фізичної та психічної).

Так, представники першої категорії (прямі бойові дії) мають достовірно вищі показники депресії, агресивності та інтрузії (вторгнення спогадів) порівняно з представниками тилових служб.

Було розроблено практичні рекомендації та диференційовану програму реабілітації. Запропоновано відійти від уніфікованих протоколів до адресних «реабілітаційних маршрутів» залежно від категорії ветерана:

- Для Категорії 1 рекомендовано довготривалу терапію (6–12 міс.) з акцентом на експозиційні методи та роботу з гнівом.
- Для Категорії 2 — середньострокову програму (3–6 міс.) з фокусом на техніках саморегуляції та зниженні тривожності.
- Для Категорій 3 та 4 — короткострокові інтервенції (1–4 міс.) спрямовані на профілактику вигорання та роботу зі смислами.

Розроблена комплексна програма включає чотири модулі: арт-терапевтичний (безпечне відреагування емоцій), майндфулнес (навички «тут і тепер», зниження гіперзбудження), когнітивно-поведінковий (робота з травматичними переконаннями) та груповий (відновлення довіри та соціальної підтримки).

Такий підхід дозволяє комплексно впливати на особистість ветерана, сприяючи не лише зняттю симптомів, а й посттравматичному зростанню.

Підсумовуючи проведені дослідження, можна стверджувати, що соціально-психологічна реабілітація є однією з базових умов відновлення людського потенціалу України. Вона формує основу для повернення ветеранів до повноцінного життя, а також створює передумови для довгострокової стабільності держави. Розроблені у роботі підходи та

рекомендації можуть слугувати практичним інструментом для фахівців, а запропонована категоризація ветеранів – орієнтиром для майбутнього удосконалення національних реабілітаційних програм.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В., Ткаченко В. В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ. 2016. 234 с. URL: [https://lib.iitta.gov.ua/107163/1/Посібник%20НПС\\_16.pdf](https://lib.iitta.gov.ua/107163/1/Посібник%20НПС_16.pdf)
2. Алещенко В. Психологічна реабілітація учасників бойових дій: теоретико-методологічне обґрунтування моделі. Психологічний журнал. 2019. Вип. 3. URL: <http://psyj.udpu.edu.ua/issue/view/11893>
3. Аналітична інформація за даними Міністерства у справах ветеранів України. URL: <https://data.mva.gov.ua/>.
4. Андрущенко В. І. Соціально-психологічна адаптація учасників бойових дій. Психологічний журнал. Умань: ВПЦ «Візаві». 2022. Вип. 8. С. 6-16.
5. Базаєва М. Витоки новітньої структури та інституціоналізації державної політики щодо ветеранів у США. Актуальні питання суспільних наук та історії медицини. 2022. # 1 (33). С. 14-20. URL: <http://eapsnim.bsmu.edu.ua/article/view/263326>
6. Балаж М. С. Ерготерапія військовослужбовців та ветеранів із посттравматичним стресовим розладом: огляд літератури. Health & Education. 2023. №. 2. С. 46-52. URL: <https://journals.medacad.rivne.ua/index.php/healtheducation/article/view/19/19>
7. Бевз О.В., Величко В.В. Психологічна допомога особам, які постраждали від воєнних конфліктів. Київ: НАПНУ, 2022. 164 с.
8. Блінов О.А. Психологія бойового стресу: дис. докт. психол. наук: 19.00.04. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2020. 660 с
9. Блінов О. Переживання бойового стресу військовослужбовцями підрозділів і тих, хто лікується в госпіталі. Психологія і особистість.

2022. №. 1. С. 85-99. URL: 52 <http://psychpersonality.pnpu.edu.ua/article/view/252055/249516>
10. Богомолець О. В., Пінчук І. Я., Ладик-Бризгалова А. К. Поширеність та структура посттравматичних психічних порушень в учасників бойових дій. *Архів психіатрії*. 2016. №. 22, № 2. С. 11-15. 9. Васильєв С. П., Зубовський Д. С. Психодіагностика посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *Український психологічний журнал*. 2016. №. 1. С. 6-16.
  11. Буковська О.О. Гірченко О.Л. Сучасні напрями психологічної реабілітації кризових станів, викликаних екстремальними ситуаціями. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка. Екологічна психологія*. 2018. Том VII. Вип. 45.
  12. Всесвітня організація охорони здоров'я. Керівні принципи з охорони психічного здоров'я на робочому місці. Міжнародна організація праці. 2023. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/369584-WHOEURO-2023-5166-44929-68953-ukr.pdf?sequence=1>
  13. Гавловський О. Д. Рівні тривожності та депресії учасників антитерористичної операції. Україна. *Здоров'я нації*. Вип. 1. 2019. С. 15-18. URL: [http://www.irbisnbuv.gov.ua/cgibin/irbis\\_nbuv/cgiirbis\\_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP\\_meta&C21COM=S&2\\_S21P03=FILA=&2\\_S21STR=Uzn\\_2019\\_1\\_4](http://www.irbisnbuv.gov.ua/cgibin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=Uzn_2019_1_4)
  14. Герасименко Л.О., Скрипніков А.М., Ісаков Р.І. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. *Посттравматичний стресовий розлад*. Київ, 2023. 120 с.
  15. Гудзь Т. О. Соціально-психологічна реабілітація українських ветеранів. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: Соціально-педагогічна*. 2019. Вип. 32. С. 74-86. 13. Гульбс О., Кобець О. Соціально-психологічна

- реабілітація учасників бойових дій. Психологічний журнал. Вип. 7. 2021 С. 100–106.
16. Завальнюк В.В. Соціально-психологічна реабілітація комбатантів: теорія та практика. Київ: Талком, 2021. 256 с.
17. Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» від 22.10.2015 № 755-VIII (зі змінами).
18. Захаріна О.О. Соціальна реінтеграція ветеранів російсько-української війни у ЗВО: дисертація. Київ, 2024. URL: [https://ipv.org.ua/wp-content/uploads/2024/04/Dis\\_Zakharina.pdf](https://ipv.org.ua/wp-content/uploads/2024/04/Dis_Zakharina.pdf)
19. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: методичний посібник / Агаєв Н. А. та ін. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
20. Кокурн О.М. Діагностика та коригування психологічного стану людини. Київ: РВЦ КОНМО, 2021. 120 с.
21. Кокурн О.М., Агаєв Н.А., Пішко І. О., Лозінська Н.С. 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. URL: [https://nuczu.edu.ua/sciencearchive/ProblemsOfExtremeAndCrisisPsychology/v\\_ol20/Kokun\\_Agaye.PDF](https://nuczu.edu.ua/sciencearchive/ProblemsOfExtremeAndCrisisPsychology/v_ol20/Kokun_Agaye.PDF)
22. Комар З. Психологічна стійкість воїна. Київ. 2017. 184 с. URL: [https://shron1.chtyvo.org.ua/Komar\\_Zoran/Psykholohichna\\_stiikist\\_voina.pdf](https://shron1.chtyvo.org.ua/Komar_Zoran/Psykholohichna_stiikist_voina.pdf)
23. Конвенція МОП № 159 про профорієнтацію та професійну підготовку в галузі розвитку людських ресурсів.
24. Курінний Я. В. Особливості організації соціально-психологічної психореабілітації військовослужбовців із посттравматичним стресовим розладом / Я. В. Курінний, М. С. Турчин // Міжнародна та національна безпека: теоретичні і прикладні аспекти: матеріали ІХ Міжнар. наук.-

- практ. конф. (м. Дніпро, 21 березня 2025 р.); у 2-х ч. - Ч. II. - Дніпро : ДДУВС, 2025. – С.704-707
- 25.Лесков В. О. Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців із районів військових конфліктів: дис... канд. психол. наук: 19.00.09 / Лесков Валерій Олександрович ; Національна академія Державної прикордонної служби України ім. Богдана Хмельницького. - Хмельницький, 2008. - 192 арк
- 26.Мельник А. П. Психологічна реабілітація військовослужбовців, що перебували в умовах бойових дій. Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки. 2015. № 4 (29). С. 100–105.
- 27.Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду (ICD-11) — діагностичні критерії ПТСР.
- 28.Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим з розладами психіки та поведінки» від 05.07.2021 № 1184.
- 29.Озерський І.В. Організація соціально-психологічної реабілітації учасників АТО: метод. посіб. / І. Озерський ; Київ. ін-т бізнесу та технологій, Каф. психології. - Київ ; Полтава : Полтавський літератор, 2016. - 23 с. : іл. - Бібліогр.: с. 21-22.
- 30.Петренко В.Ф. Основи психотравматології. Москва–Одеса: ВБГ, 2021. 189 с.
31. Пітер А. Левін Зцілення від травми. Київ : Видавництво Ростислава Бурлаки, 2022. 15
- 32.Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками АТО на етапі відновлення: методичний посібник / Кокун О. М. та ін. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
- 33.Радіо Свобода «У Мінветеранів назвали кількість людей в Україні зі статусом учасника бойових дій»: Веб-сайт. Київ, 2021. URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/news-donbas-uchasnyku-boyovi-diyi-status/31109641.html>.

34. Реінтеграція ветеранів (в тому числі з інвалідністю): методичні рекомендації. Харків: Харківський національний університет внутрішніх справ, 2024. URL: <https://dspace.univd.edu.ua/entities/publication/36212aa6-b906-4bd4-b1fd-68d05748bea3>
35. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження Плану заходів щодо психологічної реабілітації та психосоціальної підтримки населення в умовах збройного конфлікту» від 31.08.2022 № 1009-р.
36. Сафін О. Д., Тімченко О. В., Ширококов Ю. М. До питання про соціальнопсихологічну модель наслідків військового полону. Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія : Психологія. 2019. № 2. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadpn\\_2019\\_2\\_8](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadpn_2019_2_8).
37. Сідельнікова Я.М., Верхова Г.В. Професійна реінтеграція ветеранів як фактор соціальної адаптації. Журнал соціальної роботи. 2023. № 1. С. 34-49.
38. Смук О.Т. Криза як психосоціальний феномен. Соціологія та соціальна робота в умовах національних та регіональних викликів: матеріали доповідей та повідомлень міжнародної науково-практичної конференції, Ужгород, 27.09.2019 р. Ужгород: ТОВ «РІК-У», 2019. С. 94-95.
39. Соціальна реінтеграція ветеранів російсько-української війни у закладах вищої освіти / за ред. О. Захаріної. Київ: Юркнига, 2024. URL: <https://jurkniga.ua/contents/sotsialna-reintegratsiya-veteraniv-rosiysko-ukrainskoi-viyni-u-zakladakh-vishchoi-osviti.pdf>
40. Соціально-економічна та освітня реінтеграція ветеранів до ринку праці: український контекст. Аналітична доповідь. 2025. URL: <https://nasplib.isoftware.kiev.ua/items/6095969a-9353-4c3e-a664-41c058f470bb>
41. Соціально-психологічна та медична реабілітація ветеранів в Україні:

- стан, проблеми та шляхи вирішення: Аналітичний звіт [Електронний ресурс] / ГО «Принцип». Київ, 2024. URL: <https://www.pryncyp.org/wp-content/uploads/2024/12/reabilitacziya-web.pdf>
42. Стан психічного здоров'я військовослужбовців. URL: <https://armyinform.com.ua/2023/02/28/stan-psyhichnogo-zdorovyavijskovosluzhbovcziv-znachno-girshyj-nizh-sered-reshty-naselennya/>
43. Тополь О. В. Соціально-психологічна реабілітація учасників антитерористичної операції. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. 2015., вип. 124 Т. 1. С. 230-233.
44. Указ Президента України «Про розроблення Національної стратегії інтеграції та реабілітації ветеранів» від 05.06.2020 № 219/2020.
45. Шумейко А. П. Види реадaptaції і психореабілітації учасників бойових дій. Проблеми екстремальної і кризової психології. 2017. № 21. С. 220-229.
46. Яремчук С.В., Корж В.В. Майндфулнес-терапія в системі психологічної допомоги ветеранам. Психотерапія і психосоціальна робота. 2023. № 1. С. 42-58.
47. Яцюк В.В., Козловський В.П. Артерапія як метод реабілітації ветеранів. Креативна психологія. 2022. № 4. С. 156-172.
48. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
49. Australian Centre for Posttraumatic Mental Health. Australian Guidelines for the Prevention and Treatment of Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. Melbourne: ACPMH, 2013.
50. Bisson, J.I., Cosgrove, S., Lewis, C., & Roberts, N.P. Post-traumatic stress disorder. BMJ. 2015. 351. h6161.
51. Blore, J. D., Sim, M. R., Forbes, A. B., Creamer, M. C., & Kelsall, H. L.

- (2015). Depression in Gulf War veterans: a systematic review and metaanalysis. *Psychological medicine*, 45(8), 1565–1580. URL: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychologicalmedicine/article/abs/depression-in-gulf-war-veterans-a-systematic-review-andmetaanalysis/EE924B9C09AD20826B1721548A0272C9>
52. Department of Defense & Department of Veterans Affairs. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress Disorder and Acute Stress Reaction. Washington, DC: U.S. Department of Veterans Affairs, 2017.
53. Ehlers, A., & Clark, D.M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2000. 38(4). P. 319-345.
54. Foa, E.B., & Kozak, M.J. Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*. 1986. 99(1). P. 20-35.
55. Friedman, M.J., Resick, P.A., Bryant, R.A., & Brewin, C.R. Considering PTSD for DSM-5. *Depression and Anxiety*. 2011. 28(9). P. 750-769.
56. Hoge, C.W., Castro, C.A., Messer, S.C., McGurk, D., Cotting, D.I., & Koffman, R.L. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine*. 2004. 351(1). P. 13-22.
57. Human Rights Watch. Psychological Trauma and Mental Health in Ukraine. 2023. URL: <https://www.hrw.org/>
58. International Society for the Study of Trauma and Dissociation. Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2011. 12(2). P. 115-187.
59. Keane, T.M., Fairbank, J.A., Caddell, J.M., Zimering, R.T., & Bender, M.E. A behavioral approach to assessing and treating post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans. In: Figley C.R. (Ed.). *Trauma and its wake*. New York: Brunner/Mazel, 1985. P. 257-294.
60. Mineka, S., & Oehlberg, K. The relevance of recent developments in classical conditioning to understanding the etiology and maintenance of

- anxiety disorders. *Acta Psychologica*. 2008. 127(3). P. 567-580.
61. Ministry of Defence of Israel. Rehabilitation Department. 2024. URL: <https://www.idf.il/en/>
62. Monson, C.M., Fredman, S.J., Macdonald, A., Pukay-Martin, N.D., Resick, P.A., & Schnurr, P.P. Effect of cognitive-behavioral couple therapy for PTSD: Randomized controlled trial. *JAMA*. 2012. 308(7). P. 700-709.
63. National Institute for Health and Care Excellence. Post-traumatic stress disorder: Management. London: NICE, 2018.
64. National Institutes of Health. Mental illness. 2018. URL: <https://www.nimh.nih.gov/>
65. Powers, M.B., Halpern, J.M., Ferenschak, M.P., Gillihan, S.J., & Foa, E.B. A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*. 2010. 30(6). P. 635-641.
66. Schnurr, P.P., Friedman, M.J., Engel, C.C., Foa, E.B., Shea, M.T., Chow, B.K., Bernardy, N.C. Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2007. 297(8). P. 820-830.
67. Selye, H. Stress without distress. Dallas, TX: Signet Book, 1975. 193 p.
68. U.S. Department of Veterans Affairs. About VHA. 2024. URL: <https://www.va.gov/health/>
69. Ukrainian Ministry of Veterans. National Strategy for Veterans Integration. Kyiv: Government of Ukraine, 2024.
70. UNHCR. Situation Ukraine: Psychosocial support. 2023. URL: <https://www.unhcr.org/>
71. Vdovychenko J., Sokolova I., Pedchenko O. Psychological rehabilitation and support of war veterans: the experience of Israel. *ZESZYTY NAUKOWE WYŻSZEJ SZKOŁY TECHNICZNEJ W KATOWICACH*. 2023. T. 16. P. 107-118. URL: <https://yadda.icm.edu.pl/baztech/element/bwmeta1.-element.baztech-53789d43-dfe0-442a->

72. Van der Kolk, B.A. The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. New York: Viking, 2014.
73. van der Kolk, B.A., Roth, S.H., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 2005. 18(5). P. 389-399.
74. Wiedemann, D., Westphal, M., König, H.H., & Bisson, J.I. Long-term mental health outcomes after military deployment: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Frontiers in Psychiatry*. 2019. 10. P. 1-12.
75. World Health Organization. Mental Health and Psychosocial Support. 2024. URL: <https://www.who.int/>
76. Yehuda, R., & LeDoux, J. Response variation following trauma: A translational neuroscience approach to understanding PTSD. *Neuron*. 2007. 56. P. 19-32.

## ДОДАТКИ

Додаток А

### Методика шкалової самооцінки психофізіологічного стану О.М. Кокуна

Реєстраційний бланк

П.І.Б. \_\_\_\_\_

Дата обстеження \_\_\_\_\_ Рік народження \_\_\_\_\_ Стать \_\_\_\_\_

найгірше \_\_\_\_\_ найкраще

САМОПОЧУТТЯ

найнижча \_\_\_\_\_ найвища

АКТИВНІСТЬ

найгірший \_\_\_\_\_ найкращий

НАСТРІЙ

найнижча \_\_\_\_\_ найвища

ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ

найнижча \_\_\_\_\_ найвища

ЗАЦІКАВЛЕНІСТЬ В УЧАСТІ В БОЙОВИХ ДІЯХ

найнижче \_\_\_\_\_ найвище

БАЖАННЯ ВИКОНУВАТИ ДІЯЛЬНІСТЬ В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ

найнижча \_\_\_\_\_ найвища

ВПЕВНЕНІСТЬ У СВОЇХ СИЛАХ

## Опитувальник “Перелік симптомів ПТСР” за шкалою PCL-5

Реєстраційний бланк

П.І.Б. \_\_\_\_\_

Дата обстеження \_\_\_\_\_ Рік народження \_\_\_\_\_ Стать \_\_\_\_\_

	Жодним чином	Трохи	Помірно	Досить сильно	Надзвичайно сильно
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, пришвидшене серцебиття, утруднене дихання, спітніння)?	0	1	2	3	4
6. Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?	0	1	2	3	4
7. Уникання зовнішніх нагадувань про стресовий досвід (людей, предметів, місць...)?	0	1	2	3	4
8. Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?	0	1	2	3	4
9. Сильні негативні переконання щодо себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, такі думки, як “я поганий”, “зі мною щось дуже не так”, “нікому не можна	0	1	2	3	4

	Жодним чином	Трохи	Помірно	Досить сильно	Надзвичайно сильно
довіряти” , “світ – небезпечне місце”)?					
10. Самозвинувачення або звинувачення інших у стресовому досвіді, або у тому, що сталося після нього?	0	1	2	3	4
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 людей?	0	1	2	3	4
14. Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога відчувати радість або відчувати любов до близької людини)?	0	1	2	3	4
15. Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка	0	1	2	3	4
16. Занадто ризиковано поводитися або робите речі, які можуть зашкодити Вам?	0	1	2	3	4
17. Бути “суперуважним”, дуже пильним або “насторожі”?	0	1	2	3	4
18. Відчуття постійної напруги, знервованості, лякливості?	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

## Шкала депресії А.Т. Бека

## Реєстраційний бланк

П.І.Б. \_\_\_\_\_

Дата обстеження \_\_\_\_\_ Рік народження \_\_\_\_\_ Стать \_\_\_\_\_

№ з/п	Варіанти відповідей			
	а	б	в	г
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

*Текст опитувальника*

- Я почуваю себе добре.
  - Мені погано.
  - Мені весь час сумно, і я нічого не можу з собою поробити.
  - Мені так скучно і сумно, що я не в силах більше терпіти.
- Майбутнє не лякає мене.
  - Я боюся майбутнього.
  - Мене ніщо не радує.

- г) Моє майбутнє безпросвітнє.
3. а) В житті мені переважно щастило.  
б) Невдач і провалів було у мене більше, ніж у кого-небудь іншого.  
в) Я нічого не добився в житті.  
г) Я потерпів повне фіаско – як батько, партнер, дитина, на професійному рівні – словом, усюди.
4. а) Не можу сказати, що я незадоволений.  
б) Як правило, я скучаю.  
в) Що б я ні робив, ніщо мене не радує, я як заведена машина.  
г) Мене не задовольняє абсолютно все.
5. а) У мене немає відчуття, ніби я когось образив.  
б) Може, я і образив когось, сам того не бажаючи, але мені про це нічого не відомо.  
в) У мене таке відчуття, ніби я всім приношу тільки нещастя.  
г) Я погана людина, дуже часто я кривдив інших людей.
6. а) Я задоволений собою.  
б) Іноді я відчуваю себе нестерпним.  
в) Іноді я відчуваю комплекс неповноцінності.  
г) Я абсолютно нікчемна людина.
7. а) У мене не складається враження, ніби я вчинив щось таке, що заслуговує покарання.  
б) Я відчуваю, що покараний або буду покараний за щось таке, де став винуватим.  
в) Я знаю, що заслуговую на покарання.  
г) Я хочу, щоб життя мене покарало.
8. а) Я ніколи не розчаровувався в собі.  
б) Я багато разів відчував розчарування в самому собі.  
в) Я не люблю себе.  
г) Я себе ненавиджу.
9. а) Я нічим не гірший за інших.  
б) Деколи я припускаюся помилок.  
в) Просто жахливо, як мені не щастить.  
г) Я сію навколо себе одні нещастя.
10. а) Я люблю себе і не ображаю себе.  
б) Іноді я відчуваю бажання зробити рішучий крок, але не наважуюся.  
в) Було краще б зовсім не жити.  
г) Я подумую про те, щоб покінчити життя самогубством.

11. а) У мене немає причин плакати.  
б) Буває, що я і поплачу.  
в) Я плачу тепер постійно, так що не можу виплакати.  
г) Раніше я плакав, а зараз якось не виходить, навіть коли хочеться.
12. а) Я спокійний.  
б) Я легко дратуюсь.  
в) Я знаходжуся в постійній напрузі, як паровий котел, що готовий вибухнути.  
г) Мені тепер все байдуже; те, що раніше дратувало мене, зараз ніби мене і не стосується.
13. а) Прийняття рішення не доставляє мені особливих проблем.  
б) Іноді я відкладаю рішення на потім.  
в) Приймати рішення для мене проблематично.  
г) Я взагалі ніколи нічого не вирішую.
14. а) Мені не здається, ніби я виглядаю погано або гірше, ніж раніше.  
б) Мене хвилює, що я не дуже добре виглядаю.  
в) Справи йдуть дедалі гірше, – я виглядаю погано.  
г) Я бридкий, у мене просто відштовхуюча зовнішність.
15. а) Вчинити вчинок – для мене не проблема.  
б) Мені доводиться змушувати себе, щоб зробити який-небудь важливий в житті крок.  
в) Щоб зважитися на що-небудь, я повинен дуже багато попрацювати над собою.  
г) Я взагалі не здатний що-небудь реалізувати.
16. а) Я сплю спокійно і добре висипаюся.  
б) Вранці я прокидаюся більш стомленим, ніж був до того, як заснув.  
в) Я прокидаюся рано і відчуваю себе так, нібито не виспався.  
г) Іноді я страждаю на безсоння, іноді прокидаюся по декілька разів за ніч, в цілому я сплю не більше п'яти годин на добу.
17. а) У мене зберіглася колишня працездатність.  
б) Я швидко втомлююся.  
в) Я відчуваю себе втомленим, навіть якщо майже нічого не роблю.  
г) Я настільки втомився, що нічого не можу робити.
18. а) Апетит у мене такий же, яким він був завжди.  
б) У мене пропав апетит.

в) Апетит у мене набагато гірше, ніж раніше.

г) У мене взагалі немає апетиту.

19. а) Бувати на людях для мене так само приємно, як і раніше.

б) Мені доводиться примушувати себе зустрічатися з людьми.

в) У мене немає ніякого бажання бувати в суспільстві.

г) Я ніде не буваю, люди не цікавлять мене, мене взагалі не хвилює ніщо стороннє.

20. а) Мої еротико-сексуальні інтереси збереглися на колишньому рівні.

б) Секс вже не цікавить мене так, як раніше.

в) Зараз я міг би спокійно обходитися без сексу.

г) Секс взагалі не цікавить мене, я абсолютно втратив до нього потяг.

21. а) Я відчуваю себе цілком здоровим і піклуюся про своє здоров'я так само, як і раніше.

б) У мене постійно щось болить.

в) Зі здоров'ям справи серйозні, я весь час про це думаю.

г) Моє фізичне самопочуття жахливе, болячки просто вимотують мене.

## Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду

## Реєстраційний бланк

П.І.Б. \_\_\_\_\_

Дата обстеження \_\_\_\_\_ Рік народження \_\_\_\_\_ Стать \_\_\_\_\_

1. Чи ходили Ви коли-небудь у військовий дозор або виконували інше завдання в умовах підвищеної небезпеки?

**0**                      **1**                      **2**                      **3**                      **4**  
жодного разу      1-3 рази              4-12 разів      13-50 разів      більше 50 разів

2. Чи перебували Ви коли-небудь в зоні обстрілу з боку противника?

**0**                      **1**                      **2**                      **3**                      **4**  
жодного разу      1-3 рази              4-12 разів      13-50 разів      більше 50 разів

3. Чи перебували Ви коли-небудь в оточенні ворога?

**0**                      **1**                      **2**                      **3**                      **4**  
жодного разу      1-2 рази              3-12 разів      13-50 разів      більше 50 разів

4. Скільки людей у відсотковому співвідношенні у Вашому підрозділі було вбито, поранено чи пропало без вісти під час бойових дій?

**0**                      **1**                      **2**                      **3**                      **4**  
жодного              між 1-25 %              між 26-50%              між 51-75%              більше ніж 75%

5. Як часто Ви брали участь в обстрілі супротивника?

**0**                      **1**                      **2**                      **3**                      **4**  
жодного разу      1-2 рази              3-12 разів              13-50 разів              більше 50 разів

6. Як часто Ви спостерігали, як хто-небудь був убитий або поранений в ході бойових дій?

**0**                      **1**                      **2**                      **3**                      **4**  
жодного разу      1-2 рази              3-12 разів              13-50 разів              більше 50 разів

7. Як часто Ви наражались на небезпеку бути вбитим або пораненим (кулями, снарядами, холодною зброєю), потрапляли в засідку, в інші дуже небезпечні ситуації?

**0**                      **1**                      **2**                      **3**                      **4**  
жодного разу      1-2 рази              3-12 разів              13-50 разів              більше 50 разів

8. Що із зазначеного нижче (якщо таке є) описує те, чого Ви зазнали під час бойових дій (потрібне позначити):

- дислокування в спостережному пункті на передовій;
- перебування під прямим вогнем ворога (вогнепальна зброя, артилерія, ракети або міномети);
- траплялися міни або міни-пастки під час дозору або в місці несення служби;
- підрозділ був обстріляний снайперським вогнем;
- підрозділ потрапив в засідку.

9. Чи були Ви поранені або постраждали під час бойових дій?

- Так
- Ні

Якщо Ваша відповідь “Так”, то опишіть природу свого поранення \_\_\_\_\_

---

10. Чи є у Вас інвалідність внаслідок бойових дій?

- Так
- Ні

Якщо Ваша відповідь “Так”, то вкажіть групу інвалідності \_\_\_\_\_  
В результаті чого вона отримана? \_\_\_\_\_

## Оцінка агресивності у відносинах А. Ассінгера

Підкресліть відповідь:

I. Чи схильні Ви шукати шляхи до примирення після чергового службового конфлікту?

1. Завжди.
2. Іноколи.
3. Ніколи.

II. Як Ви поведетесь у критичній ситуації?

1. Переживаєте внутрішнє кипіння.
2. Зберігаєте спокій.
3. Втрачаєте самоконтроль.

III. Яким вважають Вас колеги?

1. Самовпевненим та заздрисним.
2. Дружелюбним.
3. Спокійним і незаздрисним.

IV. Як Ви відреагуєте, якщо Вам запропонують відповідальну посаду?

1. Приймете її з деякими побоюваннями.
2. Погодитесь без коливань.
3. Відмовитесь від неї заради особистого спокою.

V. Як Ви будете поводитись, якщо хтось із колег без дозволу візьме з Вашого столу папір?

1. Отримає від Вас «на горіхи».
2. Змусите повернути.
3. Запитаєте, чи не потрібно йому ще що-не-будь.

VI. Якими словами Ви привітаєте чоловіка (дружину), якщо він (вона) повернувся з роботи пізніше, ніж звичайно?

1. «Що це тебе так затримало»?
2. «Де ти стирчиш допізна»?
3. «Я вже почав (почала) хвилюватися».

VII. Як Ви поведетесь за кермом автомобіля?

1. Чи намагаєтесь обігнати машину, яка «показала Вам хвіст»?
2. Вам байдуже, скільки машин Вас обігнало.
3. Помчитесь з такою швидкістю, щоб ніхто не наздогнав Вас.

VIII. Якими Ви вважаєте свої погляди на життя?

1. Збалансованими.
2. Легковажними.
3. Досить категоричними.

IX. Які заходи Ви вживаєте, якщо не все вдається?

1. Намагаєтесь перекласти провину на іншого.
2. Примиряєтесь.
3. Стаєте надалі обережнішим.

X. Як Ви відреагуєте на фейлетон про випадки розпущеності серед сучасної молоді?

1. «Час уже заборонити їм такі розваги».
2. «Потрібно створити для них можливість організовано і культурно відпочивати».
3. «І чого ми стільки з ними клопочемось»?

XI. Що Ви відчуваєте, якщо посаду, яку Ви хотіли обійняти, посів інший?

1. «І навіщо я на це нерви витрачав»?
2. «Напевне, його фізіономія шефу приємніша».
3. «Можливо, в мене це вийде наступного разу».

XII. Як Ви переглядаєте страшний фільм?

1. Боїтесь.
2. Нудитесь.
3. Отримуєте справжнє задоволення.

XIII. Якщо через дорожню пробку Ви запізнюєтесь на важливу нараду?

1. Будете нервувати під час засідання.
2. Спробуєте викликати поблажливість партнерів.
3. Засмутитесь.

XIV. Як Ви ставитесь до своїх спортивних успіхів?

1. Обов'язково намагаєтесь виграти.
2. Цінуєте задоволення відчутти себе знову молодим.
3. Дуже сердитесь, якщо не щастить.

XV. Як Ви вчините, якщо Вас погано обслуговували в ресторані?

1. Стерпите, уникаючи скандалу.
2. Викличете метрдотеля і зробите йому зауваження.
3. Звернетесь зі скаргою до директора ресторану.

XVI. Як Ви будете поводитись, якщо Вашу дитину образили в школі?

1. Поговорите із вчителем.
2. Влаштуєте скандал батькам «малолітнього злочинця».
3. Порадити дитині дати відсіч.

XVII. Яка, на Вашу думку, Ви людина?

1. Середня.
2. Самовпевнена.
3. Пробивна.

XVIII. Що Ви відповісте підлеглому, з яким зіткнулись у дверях установи, якщо він почав просити вибачення?

1. «Вибачте, це моя провина».
2. «Нічого, пусте».
3. «А уважнішим Ви бути не можете?!»

XIX. Як Ви відреагуєте на статтю в газеті про випадки хуліганства серед молоді?

1. «Коли ж нарешті будуть прийняті конкретні міри?!»
2. «Потрібно ввести тілесні покарання».
3. «Неможна все звалювати на молодь, винні й вихователі!»

XX. Уявіть, що Вам доведеться заново народитись, але вже твариною. Яку тварину Ви оберете?

1. Тигра чи леопарда.
2. Домашню кішку.
3. Ведмедя.