ПВНЗ «ЄВРОПЕЙСЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

КАФЕДРА ПРАКТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

СПЕЦІАЛЬНІСТЬ 053 «ПСИХОЛОГІЯ»

ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНА ПРОГРАМА «ПРАКТИЧНА ПСИХОЛОГІЯ»

ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА БАКАЛАВРСЬКА РОБОТА

на тему:

Психологічна реабілітація учасників бойових дій

Військовослужбовців – учасників бойових дій

Студент (ка) _____ Лукашик Ілона В’ячеславівна

(підпис студента)

Науковий

керівник _____ професор Бочелюк В.Й

(підпис наукового керівника) доктор психологічних наук

Допущено до захисту « » 2026 р.

Завідувач кафедри _____ Дроботько І.Д., доктор філософії

(підпис)

Декан факультету _____ Кошіль О.П.

(підпис)

Завідувач

навчальної частини _____ Уліщенко В.В.

(підпис)

Київ – 2026

ПВНЗ «ЄВРОПЕЙСЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

КАФЕДРА ПРАКТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

СПЕЦІАЛЬНІСТЬ 053 «ПСИХОЛОГІЯ»

ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНА ПРОГРАМА «ПРАКТИЧНА ПСИХОЛОГІЯ»

ЗАВДАННЯ

на випускну кваліфікаційну бакалаврську роботу студента (ки):

Лукашик Ілони В’ячеславівни

1. Тема роботи Психологічна реабілітація учасників бойових дій

2. Затверджена наказом по університету від «08» 10 2025 р. № 191-п.1

3. Цільова установка на вихідні дані до роботи

Метою бакалаврської роботи є дослідження особливостей психологічної реабілітації учасників бойових дій, аналіз сучасних методів психологічної допомоги та розробка рекомендацій щодо підвищення ефективності реабілітаційних заходів.

Для досягнення поставленої мети необхідно:

- проаналізувати наукову літературу з проблеми психологічної реабілітації;
- визначити психологічні наслідки бойових дій для військовослужбовців;
- дослідити сучасні методи психологічної підтримки та реабілітації;
- провести емпіричне дослідження рівня психологічного стану учасників бойових дій;

-
- розробити практичні рекомендації щодо психологічної допомоги та адаптації.

Об’єкт дослідження – психологічний стан учасників бойових дій.

Предмет дослідження – особливості та методи психологічної реабілітації учасників бойових дій.

4. Перелік графічного матеріалу (з точним визначенням обов’язкових креслень)

- таблиці результатів дослідження;
- діаграми та графіки отриманих результатів;
- схеми етапів психологічної реабілітації;
- порівняльні характеристики методів психологічної допомоги.

5. Консультанти по роботі, із зазначенням розділів, що їх стосуються:

Розділ	Науковий керівник	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання отримав
1	Бочелюк В.Й	26.01.2026	18.02.2026
2	Бочелюк В.Й	23.02.2026	10.03.2026
3	Бочелюк В.Й	16.03.2026	02.04.2026

6. Зміст випускної кваліфікаційної бакалаврської роботи (перелік питань)

1. Теоретичні основи психологічної реабілітації учасників бойових дій.
2. Психологічні наслідки бойового стресу та травматичного досвіду.
3. Методи та технології психологічної допомоги військовослужбовцям.
4. Організація та проведення емпіричного дослідження.
5. Аналіз результатів дослідження психологічного стану учасників бойових дій.
6. Практичні рекомендації щодо психологічної реабілітації та соціальної адаптації.

7. Календарний план виконання випускної кваліфікаційної бакалаврської роботи

№ з/п	Назва етапів випускної кваліфікаційної бакалаврської роботи	Термін виконання етапів випускної кваліфікаційної бакалаврської роботи	
		За планом	Фактично
1.	Обрання теми випускної кваліфікаційної бакалаврської роботи (ВКБР)	12.08.2025-19.09.2025	18.09.2025
2.	Опрацювання літератури та інших джерел для написання ВКБР	29.09.2025-31.12.2025	31.12.2025
3.	Виконання 1 розділу ВКБР	26.01.2026-20.02.2026	18.02.2026
4.	Виконання 2 розділу ВКБР	23.02.2026-13.03.2026	10.03.2026
5.	Виконання 3 розділу ВКБР, висновки	16.03.2026-03.04.2026	02.04.2026
6.	Передзахист ВКБР	04.05.2026-15.05.2026	11.05.2026
7.	Проведення перевірки на плагіат ВКБР	04.05.2026-15.05.2026	08.05.2026
8.	Відгук керівника, рецензія	04.05.2026-08.05.2026	08.05.2026

8. Дата видачі завдання «10» жовтня 2025 р.

Керівник _____

(підпис)

Завдання прийняв до виконання _____

(підпис)

ЗМІСТ

ВСТУП

РОЗДІЛ 1. ПСИХОЛОГІЧНА ТРАВМАТИЗАЦІЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

1.1 Бойовий стрес та його вплив на психіку військових

1.2 Організаційно-практичні засади психологічної реабілітації

1.3 Аналіз ефективності існуючих підходів УБД

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА РОЗРОБКА ПРОГРАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ

2.1. Організація та методи дослідження

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

2.3 Розробка програми психологічної реабілітації

2.4 Шляхи підвищення ефективності психологічної реабілітації учасників бойових дій

ВИСНОВКИ

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

ВСТУП

Сучасні військові конфлікти є суттєвим джерелом дестабілізації психічного здоров'я, адже участь у бойових діях супроводжується впливом екстремальних стресових чинників, які виходять за межі звичного людського досвіду. Військовослужбовці, що перебувають у зонах бойових дій, стикаються зі складним психотравматичним стресом через постійні загрози життю, фізичні втрати, моральні дилеми, виснаження та тривале емоційне напруження. Усе це спричиняє розвиток різних психічних розладів, серед яких найпоширенішими є посттравматичний стресовий розлад, депресія, тривожні стани, вигорання та труднощі соціально-психологічної адаптації.

Психологічна травма, пережита військовими, часто не обмежується періодом активних бойових дій і має тривалі наслідки для їхнього подальшого життя. Вона впливає на сімейні стосунки, професійний розвиток, соціальну інтеграцію і загальний добробут суспільства. Процес повернення до мирного життя нерідко супроводжується кризами ідентичності, складнощами адаптації до цивільного середовища, поглибленням конфліктів у родині, соціальною відчуженістю та зниженням якості життя. Тому психологічна реабілітація військовослужбовців сьогодні стала не лише індивідуальним завданням для медиків чи психологів, а й важливим суспільним і державним пріоритетом.

Міжнародна наукова спільнота приділяє значну увагу вивченню феномену воєнної травми та реабілітації ветеранів. Серед провідних дослідників цього напряму можна назвати таких фахівців, як Бессель ван дер Колк, Джудіт Герман, Една Фоа, Кендіс Монсон, Чарльз Хоге та Рейчел Єгуда. Їхні роботи зробили вагомий внесок у розуміння механізмів виникнення психологічної травми та створення ефективних

методів психотерапевтичної допомоги. Особливу увагу приділено когнітивно-поведінковій терапії, методам десенситизації та опрацювання за допомогою руху очей, сімейним програмам підтримки, соціально-психологічній адаптації та міждисциплінарним моделям реабілітації.

Серед українських вчених значний внесок у розвиток теми психологічної підтримки військових зробили такі науковці, як А. Кокун, Н. Агаєв, В. Остапчук, Л. Карамушка, М. Карольчук, В. Панок та С. Максименко. Їхні дослідження присвячені вивченню воєнного стресу, формуванню психологічної стійкості, забезпеченню підтримки в умовах кризових ситуацій, стимулюванню посттравматичного зростання та комплексній реабілітації учасників бойових операцій. Ці напрацювання слугують важливим науковим підґрунтям для створення сучасних українських підходів до підтримки військовослужбовців.

Актуальність теми дослідження особливо зросла в умовах війни в Україні. Кількість військовослужбовців, які потребують професійної допомоги у подоланні психотравмуючих наслідків війни, невпинно збільшується. Масштабність бойових дій, високий рівень травматизації та потреба в тривалому відновленні й соціальній реінтеграції ветеранів висувають нові вимоги до удосконалення стратегій психологічної реабілітації.

Попри значну кількість сучасних досліджень, проблема психологічної реабілітації учасників бойових дій залишається актуальною через постійне оновлення викликів, пов’язаних із масштабністю військових подій, необхідністю адаптації міжнародного досвіду до українських умов та потребою розробки нових практично орієнтованих моделей допомоги.

Мета дослідження полягає у теоретичному аналізі психологічної травматизації учасників бойових дій, вивченні організаційно-практичних засад психологічної реабілітації, оцінці ефективності

сучасних підходів та розробці програми підвищення ефективності психологічного відновлення військовослужбовців.

Для досягнення поставленої мети визначено такі **завдання дослідження:**

- вивчення природи бойового стресу і його впливу на психіку військових;
- аналіз психологічних наслідків участі у бойових діях;
- характеристика принципів організації психологічної реабілітації;
- оцінка ефективності актуальних підходів у роботі з ветеранами;
- проведення емпіричного дослідження стану учасників бойових дій;
- створення програми реабілітації, адаптованої до специфічних потреб військових;
- розробка рекомендацій щодо підвищення ефективності психологічної підтримки ветеранів.

Об’єкт дослідження – психологічна реабілітація учасників бойових дій.

Предмет дослідження – психологічні аспекти бойової травматизації та механізми організації дієвої реабілітації військовослужбовців.

Методи дослідження велючають аналіз та узагальнення наукових джерел, застосування психодіагностичних методик, спостереження, а також як кількісний, так і якісний аналіз отриманих даних.

Наукова новизна цієї роботи полягає в виділенні та узагальненні сучасних підходів до реабілітації учасників бойових дій, їхньому системному аналізі, а також у створенні практично орієнтованої

програми відновлення, враховуючи соціокультурний контекст української дійсності.

Практична цінність дослідження проявляється в можливості застосування його висновків спеціалістами різних сфер: психологами, психотерапевтами, соціальними працівниками, представниками державних установ, реабілітаційних центрів та громадських організацій, які працюють із ветеранами.

Структура дипломної роботи складається зі вступу, двох розділів, висновків та списку використаних джерел. У першому розділі висвітлюються теоретичні аспекти психологічної травматизації та реабілітації учасників бойових дій. Другий розділ присвячений емпіричному дослідженню, аналізу отриманих результатів та розробці програми психологічної реабілітації.

РОЗДІЛ 1
ПСИХОЛОГІЧНА ТРАВМАТИЗАЦІЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

1.1 Бойовий стрес та його вплив на психіку військових

Участь у бойових діях є одним із найсильніших психотравматичних чинників, що здатен кардинально змінити психічний стан людини, її емоційне життя, поведінкові реакції, соціальні зв'язки й здатність адаптуватися до мирного життя. Під час війни військові перебувають під постійним впливом надзвичайно стресових обставин: загроза життю, фізичне виснаження, втрата побратимів, моральні дилеми та необхідність приймати рішення в умовах високого ризику. Поєднання цих факторів може призводити до посттравматичного стресу (ПТСР), який, попри те що є природною реакцією організму на екстремальні події, при надмірній тривалості або інтенсивності впливу переростає у стійкі психологічні розлади[18].

Значущість вивчення бойового стресу полягає у потребі розробки методів профілактики й реабілітації, які не лише зменшують його негативні наслідки, а й сприяють формуванню сучасної системи психологічної підтримки для військовослужбовців відповідно до стандартів військової медицини й психології. Саме тому дослідження впливу посттравматичного стресу на емоційний і психологічний стан військових є як науково, так і практично актуальним завданням.

Роботи З. Соломона та М. Мікулінцера вказують, що бойовий стрес впливає не лише на особистісне самопочуття військовослужбовців, але й на загальну ефективність бойових підрозділів. Постійне психоемоційне напруження знижує здатність солдатів приймати зважені рішення та адаптуватися до мінливих обставин, що зменшує оперативну спроможність армії. Дослідження підтверджують, що бойовий стрес виникає під впливом комплексу факторів: фізичного і

морального виснаження, тривалого перебування у критичних обставинах, втрати побратимів і необхідності швидко вирішувати складні питання, що часто визначають життя чи смерть інших людей.

Довготривалий вплив бойового стресу може змінювати структуру особистості військового та провокувати хронічні психічні розлади. Згідно зі спостереженнями З. Соломона, ці наслідки суттєво ускладнюють процес соціальної адаптації після закінчення служби. Наприклад, дослідження із США демонструють, що близько 20% ветеранів мають клінічні симптоми ПТСР, а серед тих, хто безпосередньо брав участь у бойових операціях, ця частка сягає 30%[17, с. 11].

Аналіз Національного інституту психічного здоров'я засвідчує вплив таких чинників, як тривалість служби в бойовій зоні, рівень втрат підрозділів, а також рівень підготовки та психологічної підтримки військових. Дослідники з Ізраїлю довели, що військові, які проходили спеціалізовану підготовку з управління стресом, краще адаптуються навіть до надзвичайних ситуацій та демонструють нижчий рівень бойового стресу.

Згідно з роботами О.А. Блінова, вплив бойового стресу на емоційний стан військових є значним і може проявлятися у формі тривожності, агресії, апатії чи емоційного вигорання. Його дослідження показали ефективність таких методів боротьби зі стресом, як когнітивно-поведінкова терапія та техніки релаксації. Регулярне застосування подібних методів може значно зменшити руйнівний ефект стресу в екстремальних умовах.

Аналіз сутності поняття «бойовий стрес» показує, що з клінічної точки зору його слід розуміти як сукупність психологічних змін (розладів), які переживають військовослужбовці під час адаптації до конкретних умов бойової ситуації (стресорів, пов'язаних з бойовими діями), умов, що є несприятливими для їхнього виживання та

загрожують їхньому здоров'ю та життю [4, с. 116]. Як зазначає Кравченко К. О., бойовий стрес має призводити до формування адаптивних стресових реакцій та, загалом, до підвищення здатності організму адаптуватися до екстремальних впливів (включаючи фактори, пов'язані з бойовою ситуацією). Однак бойовий стрес часто призводить до патологічних проявів, а також різних форм поведінкових відхилень [7, с. 128].

Кудренко А. В. зазначає, що бойовий стрес охоплює очікувані та передбачувані емоційні, інтелектуальні, фізичні та поведінкові реакції осіб, які зазнають стресового впливу подій та факторів, пов'язаних з військовими операціями або операціями з підтримання миру та стабільності [5].

Згідно з визначенням Приходьки І. І., бойовий стрес вважається постійним навантаженням на всі ресурсні системи організму: імунну, нервову та психічну. Всі ці ресурси мобілізуються для подолання стресової ситуації. Тадевасян М. Я. розглядає бойовий стрес як вид негативного психологічного впливу на спеціаліста під час виконання ним своїх професійних обов'язків [9, с. 20].

Тютюнник Л. Л. та Тимченко А. В. [4, с. 184] визначають «бойовий стрес» як специфічний вид стресу, що виникає внаслідок впливу сукупності психогенних факторів, пов'язаних з бойовою ситуацією. До цих факторів належать: пряма, емпірично очевидна, тривала та важкопередбачувана загроза життю та благополуччю особистості та її близьких, інтенсивність та тривалість якої значно перевищують добовий рівень. У цьому складному контексті поєднання цих факторів призводить до виснаження психічних ресурсів, виникнення характерних, тимчасових або стійких змін у психічних процесах та порушення соціальної адаптації.

Як зазначає Кузнецова Л. Є. [6, с. 75], поняття «бойовий стрес» охоплює нормальну реакцію на психічний та емоційний стрес, який

може призвести до зниження чутливості, уповільнення реакцій на зовнішні подразники, порушення рухової координації, ослаблення уваги та пам'яті, що, звичайно, знижує або погіршує виконання бойових завдань

Ширабоков Ю. М. та Платинюк О. Б. [9] запропонували визначення «бойового стресу» як системної реакції організму на вплив комплексу факторів, пов’язаних зі збройним конфліктом та супутніми соціально-економічними умовами. Зміни, що виникають внаслідок цієї реакції, проявляються на особистісному, психофізіологічному, емоційно-вегетативному та соматичному рівнях.

Шиделко А. В. розглядає бойовий стрес як багаторівневий процес адаптації організму та особистості в бойових ситуаціях. Цей стрес, як психічний, так і фізичний, значно перевищує щоденний рівень за тривалістю та інтенсивністю. Він також включає психогенні наслідки травм та захворювань, а також випадки смерті. Ці події супроводжуються напруженням саморегулюючих механізмів реакції та закріпленням специфічних психофізіологічних та особистісних змін.

Жигайла Н. розуміє «бойовий стрес» як специфічну форму стресу, що виникає в контексті загального адаптаційного синдрому. Цей стрес найчастіше проявляється як інтенсивний дистрес, що характеризується дуже високою інтенсивністю впливу, часто надмірною для організму, та супроводжується розладами[16].

Особливо складним явищем є моральна травма, яка виникає, коли солдат переживає глибокий внутрішній конфлікт після подій, що суперечать його моральним переконанням. Це може включати втрату товаришів, вимушене застосування сили, почуття провини, пов'язане з виживанням, або безпорадність перед обличчям трагедії. Моральна травма часто супроводжується соромом, самоосудом, екзистенційною кризою та сумнівами щодо власної системи цінностей.

Важливо зазначити, що інтенсивність психологічної травми залежить від багатьох факторів:

- тривалість перебування в зоні бойових дій;
- інтенсивність бойового досвіду;
- попередній психоемоційний стан солдата;
- індивідуальна стресостійкість;
- рівень соціальної підтримки;
- якість ієрархічного управління;
- швидкість доступу до психологічної допомоги[2].

Психологічна стійкість відіграє вирішальну роль у підтримці психічного здоров'я: тобто здатності людини адаптуватися до стресових ситуацій, зберігати функціональні здібності та відновлюватися після травматичних подій. Розвиток стійкості передбачає, зокрема, набуття навичок емоційної саморегуляції, підтримку групової згуртованості, наявність відповідних рольових моделей та доступ до соціальної підтримки.

Психологічна реабілітація учасників бойових дій базується на комплексній системі заходів, спрямованих на відновлення психічного здоров'я, емоційної рівноваги, соціальної адаптації та працездатності. Її метою є не лише полегшення симптомів травми, а й відновлення цілісності особистості, можливість повернутися до повноцінного життя та розробка нових стратегій подолання труднощів[1].

Основні цілі психологічної реабілітації:

- діагностика психоемоційного стану;
- профілактика хронічних психічних розладів;
- управління стресом;
- подолання наслідків психологічної травми;

- відновлення соціальних навичок;
- підтримка адаптації сім'ї;
- професійна реінтеграція;
- зміцнення психологічної стійкості.

Процес реабілітації включає кризове консультування, психотерапію, групи підтримки, когнітивно-поведінкову терапію, арт-терапію, тілесно-орієнтовані практики, сімейну терапію та психоосвітні програми. Раннє втручання є важливим, оскільки своєчасна допомога значно знижує ризик розвитку хронічних психічних розладів.

У сучасних умовах війни в Україні питання психологічної реабілітації військовослужбовців набуває особливої актуальності. Значна кількість ветеранів потребує систематичної та постійної підтримки, яка враховує як міжнародний досвід, так і специфіку національного контексту. Реабілітація має бути міждисциплінарною та поєднувати психологічні, медичні, соціальні та правові компоненти[11].

Посттравматичний стрес є природною реакцією на обставини війни, але його довгострокові наслідки можуть призвести до тяжкої психологічної травми. Наслідки бойового досвіду охоплюють широкий спектр психоемоційних, когнітивних та соціальних розладів, що потребують комплексного підходу до реабілітації. Ефективна психологічна підтримка учасників бойових дій необхідна не лише для відновлення їхнього психічного здоров'я, але й для їх успішної соціальної реінтеграції після повернення до цивільного життя.

1.2 Організаційно-практичні засади психологічної реабілітації

Психологічна реабілітація учасників бойових дій є невід'ємною частиною комплексної системи відновлення психічного здоров'я

військовослужбовців після пережитої психологічної травми, пов'язаної з бойовими діями. Її ефективність залежить не лише від якості психотерапевтичної допомоги, але й від належної організації, міжвідомчої координації, систематичного впровадження програм, доступності послуг та безперервності реабілітаційної підтримки. У сучасних умовах створення ефективної системи психологічної реабілітації має особливе значення, враховуючи масштаби бойових дій, тривалість конфліктів та зростання кількості військовослужбовців, ветеранів та їхніх сімей, які потребують психологічної підтримки[14].

Організаційні та практичні принципи психологічної реабілітації базуються на поєднанні державної політики, медико-психологічної допомоги, соціального захисту, дій державних органів та міжнародного досвіду[15].

Використання інтегративного підходу в наданні психологічної підтримки учасникам бойових дій сприяє наступним характеристикам. По-перше, ідея інтеграції різних психотерапевтичних методів закладена в саму сутність особистісно-орієнтованих психотерапевтичних систем та внутрішню логіку їх розвитку. Дійсно, будь-яка психотерапія, спрямована на особистісні зміни, а точніше на індивідуальний рівень функціонування (когнітивний, емоційний, поведінковий), не може ігнорувати інші виміри. Враховуючи травматичний вплив бойового досвіду на різні аспекти особистості учасника бойових дій, ця перевага інтегративного підходу має першорядне значення[11].

Психотерапевтична дія зосереджена на трьох компонентах самосвідомості: саморозуміння (когнітивний аспект), ставлення до себе (емоційний аспект) та саморегуляція (поведінковий аспект). Це дозволяє визначити загальну мету психотерапії як розширення сфери самосвідомості.

По-друге, важливо активно інтегрувати групову психотерапію в практику, оскільки вона створює унікальну терапевтичну ситуацію, залучаючи пацієнта до реальної взаємодії з іншими. Водночас створюються умови для глибокого психологічного впливу на всі аспекти особистісного функціонування. Групова робота визнана найефективнішою з комбатантами, оскільки їх об'єднує досвід бойових дій та їх травматичний вплив. Відомо, що комбатанти часто уникають спілкування з цивільними особами, не обговорюють з ними військові питання та спілкуються лише між товаришами по службі в невеликих групах[12].

По-третє, значною перевагою інтегративного підходу до роботи з комбатантами є застосування загальних принципів психотерапії, властивих її різним формам і методам. Розглянемо специфіку їх застосування, яка повинна реалізовуватися, перш за все, шляхом проведення групових форм роботи.

1. Універсальність проблем. Цей фактор стосується переконання людини, яка пережила травму, у тому, що її проблеми поділяють інші, що вона не самотня. Часто військовослужбовці, які пережили травму, серйозні поранення або розлади фізичного чи психічного здоров'я з різних причин, соціально ізольовані та відчувають себе відторгнутими. Активна взаємодія в групі, з товаришами по службі, в атмосфері прийняття та взаємної підтримки має на них глибокий вплив і призводить до позитивних змін. Коли вони дізнаються, що інші члени групи поділяють подібні почуття, вони почуваються набагато краще. Відчуття єдності та приналежності до групи визначається в психотерапії як найпотужніший та універсальний фактор, що сприяє виникненню почуття спільності та солідарності, а також зміцненню самооцінки[14, с. 8].

2. Прийняття. Цей фактор відображається в емоційній підтримці, яку надає психолог та інші члени групи. У зв'язку з цим створення клімату

психологічної безпеки має першочергове значення. Безумовне прийняття переживань та станів військовослужбовців демонструє позитивне ставлення до них, повагу та вдячність за їхню небезпечну відданість. У конкретному сенсі цей фактор проявляється через уважне вислуховування психологом та членами групи одного з учасників та їхню готовність зрозуміти його. Це основа прийняття та емпатії. Вони приймають учасника таким, яким він є, з його власними думками та почуттями[13].

Механізм, подібний до емоційної підтримки, передбачає «підтримку надії», тобто створення очікування сприятливого результату через покращення стану інших членів групи та власний прогрес. Повторення слів підтримки та заохочення є потужним інструментом психотерапевтичного впливу, який дозволяє людині розвинути позитивне ставлення, підвищену усвідомленість власної цінності та своєї здатності до позитивних змін.

3. Альтруїзм. Цей фактор стосується здатності допомагати один одному в груповій психотерапії, діяти заради інших. Допомагаючи іншим висловлювати та інтегрувати свої переживання, людина одночасно зміцнює впевненість у власних здібностях[12].

Цей фактор допомагає подолати надмірну та болісну егоцентричність і підвищує відчуття приналежності до групи. Інтеграція альтруїзму в структуру особистості, як способу дії, сприяє усвідомленню сенсу власного життя, який завжди знаходиться у сфері соціальних відносин[15].

4. Катарсис. Цей фактор стосується реакції, емоційного вивільнення та вираження інтенсивних почуттів у групі. Сильне вираження емоцій є важливим компонентом процесу.

Емоційна реакція приносить полегшення членам групи та повинна підтримуватися оточуючими.

5. Саморозкриття (інтроспекція). Згідно з З. Фрейдом, пацієнт відчуває полегшення, маючи можливість вільно висловлювати свою хворобу. Цей фактор стимулює щирість та вираження витіснених думок, бажань і переживань. Необхідною умовою для цього є взаєморозуміння та підтримка з боку інших членів групи. Психолог повинен бути знайомий зі стратегіями та тактикою когнітивно-наративної терапії.

6. Зворотний зв'язок. Цей фактор передбачає, що людина дізнається від інших членів групи, як вони сприймають їхню поведінку та як вона впливає на них. Інші можуть бути джерелом інформації про нас самих. Наявність диференційованого зворотного зв'язку — позитивного чи негативного — є особливо цінною, оскільки дозволяє людині навчитися більш критично оцінювати свою поведінку[8].

Учасники бойових дій, які демонструють певні негативні моделі поведінки, завдяки зворотному зв'язку здатні краще зрозуміти свою дезадаптивну поведінку та в контексті взаємного прийняття між членами групи модифікувати її, розвивати та закріплювати нові, більш конструктивні способи поведінки та спілкування. Отримання нової інформації про себе через зворотний зв'язок призводить до змін та розширення самосвідомості[16].

7. Корекційний емоційний досвід. Цей фактор складається з інтенсивного переживання поточних стосунків або ситуацій, що дозволяє виправити помилкові узагальнення, засновані на минулому травматичному досвіді. Виявлення та реконструкція емоційних та поведінкових стереотипів у групі пропонують можливість для терапевтичного лікування.

8. Інформація (психоосвіта). Цей фактор полягає в інформуванні членів групи про концепцію психологічної травми, її вплив на організм у воєнний час, стрес та методи його подолання, причини психічних розладів та способи збереження їхнього фізичного та психічного

здоров'я. Таким чином, члени групи мають можливість розглянути ситуацію з різних точок зору, що сприяє кращому розумінню та гармонізації їхнього внутрішнього світу.

9. Експериментування з новими моделями поведінки. Починаючи з усвідомлення дезадаптивних моделей поведінки, відбувається поступовий перехід до набуття нових моделей поведінки. Учаснику бойових дій потрібен час, щоб переадаптуватися, перейти від бойового режиму до режиму цивільного життя та перенести свій новий поведінковий досвід у реальну життєву ситуацію.

10. Згуртованість групи. Цей фактор стосується привабливості групи для її учасників, бажання залишатися в ній, відчуття приналежності, довіри, прийняття групою та взаємоприйняття. Групова згуртованість вважається аналогічною стосункам між психологом та його пацієнтом в індивідуальній психотерапії.

Таким чином, психологічна підтримка учасників бойових дій реалізується через широкий спектр спільних факторів впливу, які викликають певні зміни в особистісному розвитку. Ці фактори охоплюють три рівні особистісних змін: когнітивний, емоційний та поведінковий.

Важливим компонентом у забезпеченні психологічної реабілітації є ефективна нормативно-правова база на державному рівні[16]. В Україні функціонування цієї системи регулюється законодавством про соціальний захист ветеранів, а також програмами, розробленими Міністерством оборони, Міністерством охорони здоров'я, Міністерством у справах ветеранів та ініціативами в рамках міжнародної співпраці з країнами-партнерами. Однак практика свідчить, що навіть за наявності таких механізмів система потребує суттєвого вдосконалення через нерівномірний доступ до послуг, дефіцит фахівців, недостатнє фінансування і збереження стигми, пов’язаної зі зверненням за психологічною допомогою в армії.

Особливу роль у цьому контексті відіграють громадські організації, волонтерські проєкти та ветеранські об'єднання. Часто саме вони стають першими, хто пропонує екстрену психологічну допомогу, організовує реабілітаційні табори і сприяє соціалізації й професійній адаптації ветеранів. Завдяки своїй мобільності та здатності реагувати на індивідуальні потреби ці структури доповнюють офіційну систему підтримки.

Міжнародний досвід доводить ефективність інтегрованого підходу до психологічної реабілітації як частини комплексної системи підтримки ветеранів. У таких країнах, як США, Канада, Ізраїль та Велика Британія, широко застосовуються довгострокові програми допомоги, підтримка через спільноти ветеранів, цифрові сервіси психічного здоров’я та регулярні післябойові психологічні обстеження.

Втім, практична реалізація подібних програм ускладнюється рядом факторів. До основних проблем належать[11, с. 33-38].

- суспільна стигма щодо психологічної допомоги;
- обмежена кількість кваліфікованих фахівців;
- нерівний доступ до послуг у віддалених регіонах;
- недостатнє фінансування;
- труднощі з координацією між різними відомствами;
- нехтування процесами реінтеграції сімей;
- брак систематизованої довгострокової підтримки.

Для підвищення рівня ефективності необхідно:

- розширити мережу центрів реабілітації;
- забезпечити підготовку висококваліфікованих фахівців;
- активно впроваджувати телепсихологічні послуги;
- адаптувати й інтегрувати успішні міжнародні практики;

- посилити заходи з профілактики психічних розладів;
- систематично проводити кампанії з підвищення обізнаності про важливість психічного здоров’я;
- забезпечити стабільну підтримку ветеранських спільнот.

Таким чином, система психологічної реабілітації учасників бойових дій повинна базуватися на багаторівневих підходах, спрямованих на профілактику проблем психічного здоров’я, кризове втручання, спеціалізоване лікування та сприяння соціальній адаптації[8].

Її результативність напряму залежить від якості державного управління, узгодженої роботи зацікавлених структур, рівня професіоналізму спеціалістів та готовності суспільства брати участь у підтримці ветеранів. Успішна реалізація цих завдань забезпечує не лише відновлення психічного стану військовослужбовців, але й їхню повноцінну інтеграцію в цивільне життя.

1.3 Аналіз ефективності існуючих підходів УБД

Питання психологічної реабілітації учасників бойових дій у сучасному науковому дискурсі вважається однією з найскладніших міждисциплінарних галузей, що поєднує психологічні, медичні, соціальні та організаційні компоненти. Висока поширеність посттравматичного стресового розладу, депресії, тривожних розладів, емоційних травм та труднощів соціальної адаптації серед ветеранів вимагає постійного аналізу ефективності існуючих моделей реабілітації.

Сучасні дослідження показують, що ефективність психологічної підтримки залежить не стільки від одного методу, скільки від складності, раннього втручання, тривалості та індивідуалізації втручання.

Нещодавні наукові джерела підтверджують, що когнітивно-поведінкові підходи, зокрема когнітивно-поведінкова терапія, терапія тривалої експозиції, залишаються найбільш вивченими та ефективними.

Систематичний огляд міжнародних клінічних досліджень, в яких взяли участь понад 5000 військовослужбовців та ветеранів, показав, що психотерапевтичні втручання значно зменшують симптоми посттравматичного стресового розладу, тривоги та депресії, а також покращують соціальне функціонування. Програми, орієнтовані на травму, де терапія безпосередньо спрямована на травматичний досвід, а не просто надає загальну психологічну підтримку, демонструють особливо сильні результати[11].

Водночас дослідники наголошують, що навіть ефективні методи не пропонують універсальних результатів для всіх категорій ветеранів, оскільки тяжкість травми, супутні психічні розлади та індивідуальні психологічні характеристики можуть суттєво впливати на кінцевий результат.

Когнітивно-поведінкова терапія визнана одним із найефективніших підходів завдяки своїй структурі, доказовій природі та відносній адаптованості до військового контексту. Дослідження, проведені українськими та міжнародними авторами, показують, що використання методів КПТ допомагає зменшити посттравматичний стрес, розвинути навички емоційної саморегуляції, пом'якшити катастрофічне мислення та покращити загальну психологічну стійкість[6, 9]. Однак цей підхід має обмеження, оскільки деякі військовослужбовці відчувають опір повторному переживанню травматичних подій або страждають від значної емоційної травми, що вимагає більш поглибленої екзистенційної або психодинамічної роботи.

EMDR-терапія також демонструє високі показники успіху, особливо для лікування гострих травматичних спогадів, флешбеків та

нав'язливих образів. Перевага цього методу полягає у відносно швидкому зменшенні емоційної інтенсивності травматичних переживань, але його ефективність значною мірою залежить від підготовки терапевта та готовності пацієнта опрацювати свій травматичний матеріал. У міжнародній практиці цей метод все частіше інтегрується в комплексні програми реабілітації ветеранів[9].

Сучасні дослідники приділяють особливу увагу інтенсивним та комплексним програмам, що поєднують психотерапію, медикаментозне лікування, фізичну реабілітацію, соціальну реінтеграцію та підтримку сім'ї. Такий мультидисциплінарний підхід визнано одним із найперспективніших, оскільки дозволяє враховувати багатовимірні наслідки воєнної травми[7].

Дослідження соціально-психологічної реабілітації українських військовослужбовців показують, що приблизно у третини опитаних ветеранів спостерігаються виражені симптоми посттравматичного стресу, що значно знижує якість їхнього життя, соціальну інтеграцію та психологічне благополуччя. Це підтверджує, що короткострокових або фрагментарних втручань недостатньо, і що реабілітація має бути поступовою та довгостроковою.

Програми, спрямовані на соціальну інтеграцію та відновлення міжособистісних стосунків, демонструють особливу ефективність у реабілітації ветеранів. Групова психотерапія, ветеранські спільноти та підтримувальні ініціативи однолітків не лише допомагають у подоланні психологічних травм, а й сприяють відчуттю приналежності, підтримки та впевненості.

Для багатьох ветеранів взаємодія з іншими людьми, які поділяють подібний досвід, є важливим фактором на шляху до успішної реабілітації, адже це дає змогу долати ізоляцію, стигматизацію та почуття нерозуміння з боку суспільства. Дослідницькі дані

підтверджують, що соціально-орієнтовані програми позитивно впливають на довготривалі результати психологічного відновлення.

Важливу роль також відіграють сімейні підходи у процесі відновлення. Військова травма нерідко шкодить родинним стосункам, збільшуючи ризик конфліктів, емоційного віддалення та руйнування сімейних зв'язків. Клінічні випробування свідчать, що поєднання індивідуальної терапії для ветеранів із сімейною терапією або когнітивно-поведінковими програмами для партнерів дозволяє не лише поліпшити стан самих учасників бойових дій, а й сприяє стабільності їхнього найближчого оточення. Завдяки цьому сім'я стає не лише джерелом підтримки, а й ключовим ресурсом для реабілітації[1, 2].

Окрім традиційних методів психотерапії, поступово набувають популярності інтегративні та альтернативні підходи, такі як арт-терапія, тілесно-орієнтована терапія, дихальні практики, спортивні заняття, медитація та духовна підтримка. Хоча їхня ефективність менш задокументована порівняно з класичними методами психотерапії, ці техніки також сприяють покращенню психоемоційного стану, зниженню тривожності й підвищенню мотивації до лікування. Вони є особливо корисними для ветеранів, які уникають традиційних терапевтичних підходів через страх перед стигматизацією або внутрішній спротив[3].

Попри значний розвиток сучасної психології, аналіз ефективності існуючих реабілітаційних моделей виявляє низку проблем. До найвагоміших викликів належать обмежений доступ до кваліфікованої допомоги через дефіцит фахівців та нерівномірний розвиток реабілітаційної інфраструктури; недостатня тривалість програм; стигма щодо психічного здоров'я в армії; а також відсутність довгострокового супроводу після завершення інтенсивної терапії. Особливо гостро ці питання стоять в Україні через масштаби триваючого конфлікту, значну кількість постраждалих і нагальну

необхідність створення ефективної системи реабілітації за умов обмеженого фінансування.

Практичний досвід країн із розвиненими системами підтримки ветеранів свідчить: найефективніші моделі забезпечують безперервну психологічну підтримку з моменту участі у бойових діях і до повної інтеграції в мирне життя. Важливу роль у цьому відіграють своєчасне виявлення психологічних проблем, обов’язкове тестування після завершення бойових дій, впровадження цифрових сервісів психічного здоров'я і державна політика, яка ставить на перший план питання психічного здоров’я ветеранів як частину національної безпеки.

Таким чином, сучасний аналіз показує, що найвищу ефективність забезпечують саме комплексні підходи, які комбінують доказову психотерапію, медичну допомогу, соціальну реабілітацію, підтримку та довготривалий супровід. Ефективність психологічної реабілітації учасників бойових дій залежить не від окремих методів, а від комплексності системи, її доступності, чутливості до індивідуальних потреб та здатності врахувати багатогранність травм, отриманих у бойових умовах. Подальший розвиток цієї галузі вимагає інтеграції міжнародного досвіду, використання сучасних наукових підходів і адаптації до унікальних умов українського суспільства. Саме такий комплексний підхід створює передумови для ефективного відновлення психічного здоров’я ветеранів, забезпечення їх соціальної стабільності та успішного повернення до мирного життя.

РОЗДІЛ 2
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА РОЗРОБКА ПРОГРАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ

2.1. Організація та методи дослідження

Емпіричне дослідження, проведене в рамках цієї дипломної роботи, мало на меті глибоке і всебічне вивчення психологічного стану учасників бойових дій. Воно охоплювало визначення рівня військової психотравматизації, проявів посттравматичного стресового розладу, депресії, нейропсихіатричного стресу, а також аналіз стресостійкості й соціальної адаптації військовослужбовців після повернення з районів активних бойових дій. Отримані результати не лише дають змогу окреслити основні психологічні проблеми ветеранів, але й створюють наукову базу для розробки ефективних програм реабілітації.

Актуальність цього дослідження обумовлена зростаючою потребою у ранньому виявленні психоемоційних розладів, яких зазнають військовослужбовці під час участі у бойових діях, а також необхідністю адаптувати сучасні психодіагностичні підходи до реалій реабілітаційного процесу в Україні. Психологічні наслідки бойового досвіду можуть варіюватись від ситуативної тривоги до тривалого посттравматичного стресового розладу, включаючи депресивні прояви, складнощі з соціальною адаптацією та моральні травми. Це підкреслює важливість використання у дослідженні комплексного і системного психодіагностичного підходу[5, с. 26].

Організація дослідження базувалася на діяльності Центру психологічної підтримки ветеранів та учасників бойових дій «Фенікс», який спеціалізується на допомозі військовослужбовцям, ветеранам і їхнім родинам. У дослідженні брали участь 28 чоловіків віком від 26 до 37 років, які мали досвід участі в бойових операціях та перебували в районах активних військових дій.

Відбір учасників проводився за такими критеріями:

- безпосередня участь у бойових діях;
- перебування у стадії демобілізації або на етапі реабілітації;
- відсутність серйозних психіатричних розладів, що могли б унеможливити участь у психологічному оцінюванні;
- наявність інформованої згоди на участь у дослідженні;
- стабільний фізичний стан на момент проведення оцінювання.

Тривалість емпіричного дослідження склала 23 календарні дні.

На підготовчому етапі було відібрано вибірку учасників дослідження відповідно до певних критеріїв. Учасників було проінформовано про мету, завдання та процедури дослідження, отримано їхню інформовану та добровільну згоду, а також створено необхідні умови для проведення психодіагностичних процедур. Особлива увага приділялася створенню психологічно безпечного середовища, заохоченню відкритості серед респондентів та підвищенню валідності їхніх відповідей.

На діагностичному етапі психодіагностична оцінка учасників бойових дій проводилася безпосередньо за допомогою серії стандартизованих методик, анкетування, індивідуальних інтерв'ю та збору первинної психологічної інформації. Цей етап дозволив визначити рівень психоемоційного напруження у досліджуваних, наявність симптомів посттравматичного стресу, ступінь депресивних проявів, а також їхню стресостійкість та характеристики соціальної адаптації.

Аналітичний етап полягав у систематизації та обробці отриманих результатів, проведенні кількісного та якісного аналізів, статистичній інтерпретації показників та формулюванні практичних висновків щодо характеристик психологічного стану учасників бойових дій. На основі

зібраних даних було визначено основні проблеми, що потребують уваги в рамках майбутньої програми психологічної реабілітації.

Методологічна основа дослідження передбачала використання комплексу психодіагностичних методик, що дозволяють всебічно оцінити психологічний стан військовослужбовців та охопити основні прояви бойової психотравматизації.

У проведенні емпіричного дослідження використовувалися наступні психодіагностичні методики:

1. Тест «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк)
2. Опитувальник «Місісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій»
3. Опитувальник депресивності А.Т.Бека
4. Методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації (Холмса і Раге)
5. Опитувальник нервово–психічної напруги (Т.А.Немчін)

Для оцінки самооцінки психологічних станів було обрано тест Г. Айзенка, який дозволив проаналізувати окремі неадаптивні стани, такі як тривожність, фрустрація та агресивність, а також характерні риси особистості, зокрема тривожність, фрустрацію, агресивність і ригідність(Табл.2.1).

Таблиця 2.1

Тест «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк)

Шкала	**Досліджуваний параметр**
I	Тривожність
II	Фрустрація
III	Агресивність
IV	Ригідність

Тест містить 40 тверджень. За кожною шкалою можна набрати від 0 до 20 балів.

0–7 балів — низький рівень;

8–14 балів — середній рівень;

15–20 балів — високий рівень.

Методика дозволяє визначити рівень емоційної напруги, психологічної дезадаптації, агресивних тенденцій та труднощів поведінкової гнучкості.

Для визначення симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців ми використали опитувальник "Місісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій". Цей інструмент розроблено спеціально для оцінювання рівня проявів посттравматичних стресових реакцій серед учасників бойових дій. На сьогодні методика є одним із найпоширеніших і найнадійніших засобів для вимірювання ознак ПТСР(Табл.2.2).

Шкала містить 35 пунктів та оцінює:

- симптоми вторгнення;
- симптоми уникання;
- фізіологічну збудливість;
- почуття провини;
- суїцидальні тенденції.

Таблиця 2.2

«Місісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій»

Компонент	**Кількість пунктів**
Вторгнення	11
Уникання	11
Збудливість	8
Провина/суїцидальність	5

Місісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій є однією з провідних методик у дослідженні, оскільки вона спрямована на визначення симптомів посттравматичного стресового розладу, який відіграє ключову роль у структурі бойової психотравматизації.

Анкета депресивності А. Бека слугує ефективним інструментом для визначення рівня депресивних симптомів, які нерідко супроводжують ветеранів після повернення із зони бойових дій, значно ускладнюючи процес їхньої реабілітації.

Цей опитувальник базується на клінічних спостереженнях та описі типових симптомів, які найчастіше зустрічаються у пацієнтів із депресивними психіатричними розладами порівняно з пацієнтами, які не мають депресивних розладів. Узагальнення отриманих даних дозволяє визначити:

- ступінь депресії;
- негативне ставлення до себе;
- емоційне виснаження;
- песимістичні установки;
- когнітивні порушення.

За рівнями отримані результати визначали так:

- 0–9 — відсутність депресії;
- 10–18 — легка депресія;
- 19–29 — помірна;
- 30+ — виражена депресія.

Для оцінки загального рівня стресу та соціальної адаптації доцільно було використати методику Холмса та Рахе, яка дозволяє визначити сукупний вплив стресових подій на життя людини, а саме стресового

навантаження, рівня соціальної адаптації, ризику психосоматичних порушень. Отримані результати були розподілені таким чином:

- до 150 балів — низький рівень стресу;
- 150–299 — середній;
- 300+ — високий ризик.

Якщо, наприклад, загальний бал перевищує триста, це свідчить про реальну небезпеку: обстежувана особа ризикує розвинути психосоматичне захворювання, оскільки вона близька до нервового виснаження. Чим нижчий бал, тим краще.

Будь-яка діяльність людини, незалежно від її середовища чи характеру, є більш ефективною, чим вищий ступінь стресостійкості. Підвищення стресостійкості людини безпосередньо та негайно сприяє продовженню її життя.

Високий ступінь стресостійкості характеризується низьким рівнем стресу, оскільки енергетичні ресурси не витрачаються даремно на подолання негативного психологічного стану, викликаного стресорами, і діяльність людини стає більш ефективною.

Досягається поріг (або середній ступінь) стресостійкості, за яким ступінь стійкості знижується зі збільшенням кількості стресових життєвих ситуацій, змушуючи людину спрямовувати більшу частину своєї енергії та ресурсів на протидію негативним психологічним станам, що виникають у стресових ситуаціях.

Релігійні люди, як правило, характеризуються більшою стійкістю до стресу, що зумовлено їхньою вродженою схильністю до духовного самоконтролю та смирення. Низька стійкість до стресу свідчить про високе стресове навантаження, що змушує людину спрямовувати більшу частину своєї енергії та ресурсів на протидію негативним психологічним станам, породженим стресом.

Нейропсихіатричний опитувальник стресу, розроблений Т. Немчіним, має на меті виявлення рівня психофізіологічного виснаження, що є особливо важливим для осіб із бойовим досвідом.

Методика дає змогу визначити:

- рівень інтенсивності нервово-психічного виснаження,
- ступінь психоемоційного перенапруження,
- обсяг адаптаційних ресурсів організму.

Отже, організація емпіричного дослідження ґрунтується на застосуванні комплексного психодіагностичного підходу, який дає змогу глибоко оцінити психологічний стан учасників бойових дій, визначити основні аспекти бойової психотравматизації та забезпечити наукову базу для розробки ефективних програм психологічної реабілітації.

Використання багаторівневої психодіагностичної системи гарантує високу достовірність отриманих результатів і підкреслює практичну цінність дослідження для удосконалення сучасних методів психологічної підтримки ветеранів.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Для комплексного вивчення психологічного стану учасників бойових дій було проведено психодіагностичне дослідження з використанням комплексу стандартизованих методик для оцінки рівня психоемоційного напруження, тяжкості посттравматичних реакцій, депресивних симптомів, соціальної адаптації та нейропсихіатричного виснаження. Отримані результати слугували основою для визначення актуальних психологічних проблем випробуваних та розробки програми психологічної реабілітації.

Для більшої наукової обґрунтованості доцільно представити результати кожної методики окремо, у вигляді таблиць, схем та аналітичної текстової інтерпретації. Це не лише відображає кількісні показники, а й розкриває психологічний вимір спостережуваних тенденцій.

Аналіз результатів за методикою «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка

Першим етапом психодіагностичного дослідження стало вивчення основних психоемоційних станів учасників бойових дій. Для цього було використано методику Г. Айзенка, яка дає змогу оцінити рівень таких характеристик, як тривожність, фрустрація, агресивність і ригідність. Ці показники є ключовими для розуміння психологічної адаптації особистості(табл.2.3).

Таблиця 2.3

Результати за методикою «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк)

Рівень	**Тривожність**	**Фрустрація**	**Агресивність**	**Ригідність**
Низький	12 (42,9%)	10 (35,7%)	9 (32,1%)	8 (28,6%)
Середній	11 (39,3%)	12 (42,9%)	13 (46,4%)	14 (50%)
Високий	5 (17,8%)	6 (21,4%)	6 (21,4%)	6 (21,4%)

Для наглядності доцільно зобразити отримані результати дослідження у вигляді стовпчикової діаграми (рис.2.1)

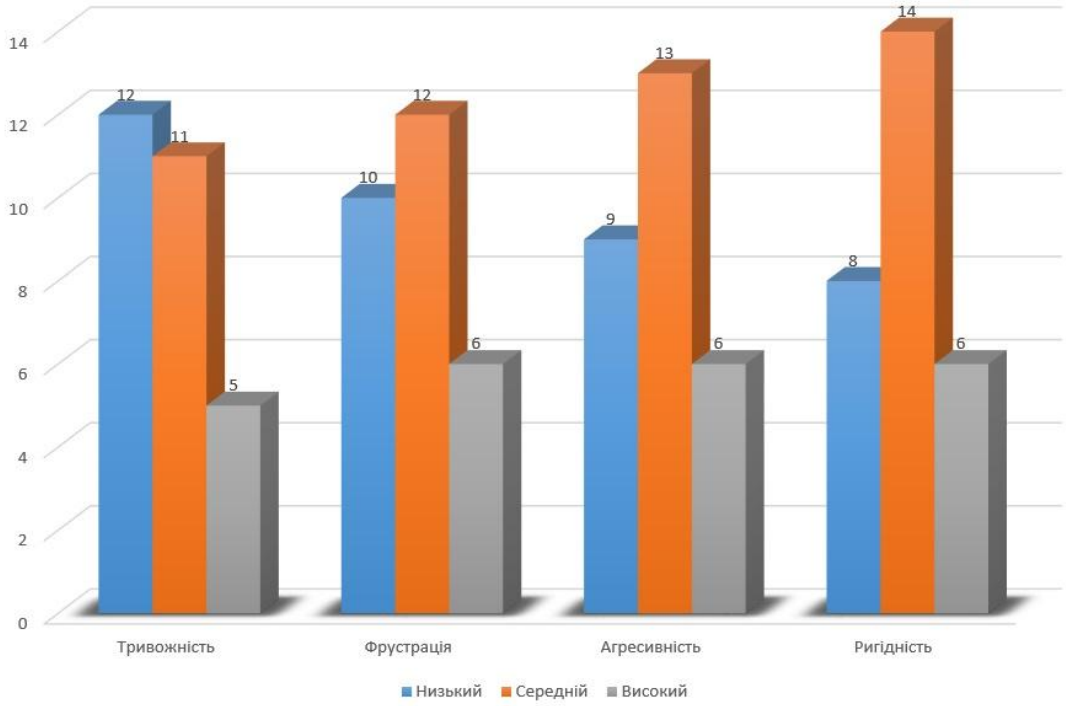


Рис.2.1 - Результати за методикою «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк)

Результати дослідження вказують на наявність помірних психоемоційних труднощів у значної частини військовослужбовців. Найпоширенішими є середні рівні тривожності, фрустрації, агресії та ригідності. Це свідчить про часткове порушення адаптації, постійну внутрішню напругу та труднощі з психологічним відновленням після бойового досвіду.

Середній рівень тривожності, виявлений у 39,3% обстежених, свідчить про стан стійкої внутрішньої напруги, підвищеної пильності та схильності до стресових реакцій навіть за відносно безпечних умов. У 17,8% ветеранів зафіксовано високий рівень тривожності, що може бути ознакою постійних постстресових реакцій і вимагає комплексної психологічної підтримки.

Дані щодо фрустрації свідчать про складнощі у прийнятті невдач, обмежень та соціальних змін після повернення до цивільного життя. Багатьом ветеранам притаманне почуття внутрішнього невдоволення,

психологічного виснаження та труднощі у виконанні звичних соціальних ролей.

Агресія є важливим індикатором адаптації після бойових дій. Середні й високі її рівні можуть сигналізувати про труднощі з самоконтролем, імпульсивність, підвищену дратівливість та проблеми у міжособистісних стосунках.

Рівень ригідності говорить про проблеми з психологічною гнучкістю, труднощі пристосування до нових життєвих умов і схильність залишатися у межах усталених моделей поведінки, що виникли в умовах бойового досвіду.

Ці спостереження узгоджуються з сучасними дослідженнями бойової психотравми. Науковці, зокрема Олександр Кокун, Наталія Агаєва, Бессел ван дер Колк і Чарльз Хоге, підтверджують, що участь у бойових діях спричиняє стійкі зміни в емоційній регуляції, поведінці та когнітивних процесах. Ці зміни вимагають ретельного та тривалого процесу реабілітації.

Аналіз результатів опитувальника «Місісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій»

Однією з головних цілей цього емпіричного дослідження було визначення рівня посттравматичних стресових реакцій серед учасників бойових дій, оскільки посттравматичний стресовий розлад є одним із найчастіших та соціально значущих наслідків воєнної травми. Для оцінки тяжкості симптомів ПТСР було використано «Місісіпську шкалу для оцінки посттравматичних реакцій». Ця шкала вважається в міжнародній психодіагностичній практиці одним із найбільш валідних інструментів для роботи з військовослужбовцями.

Використання цієї методики дозволило провести комплексну оцінку наявності симптомів нав'язливості, уникнення, гіперзбудливості, почуття провини, емоційної нестабільності та інших посттравматичних проявів, що складають клінічну картину ПТСР.

Заради наукової точності результати дослідження доречно представити у вигляді Табл. 2.4, що дозволяє чітко простежити еволюцію психологічного стану учасників бойових дій до та після реабілітаційних заходів.

Таблиця 2.4

Результати дослідження рівня посттравматичних реакцій за Місісіпською шкалою

Рівень прояву ПТСР	**Первинне тестування**	**Повторне тестування**
Нормативний показник	21 осіб (75%)	24 особи (87,5%)
Окремі симптоми ПТСР	7 осіб (25%)	4 особи (12,5%)
Клінічно виражений ПТСР	0 осіб (0%)	0 осіб (0%)

З метою покращення наочності отриманих даних і підвищення ефективності їхнього візуального аналізу доречно представити інформацію у формі діаграми (рис.2.2).

Такий графічний формат дозволяє чіткіше відобразити динаміку змін між первинним і повторним тестуванням, допомагає виявити тенденції до поліпшення чи стабілізації симптомів, а також акцентує увагу на ефективності проведених психореабілітаційних заходів.

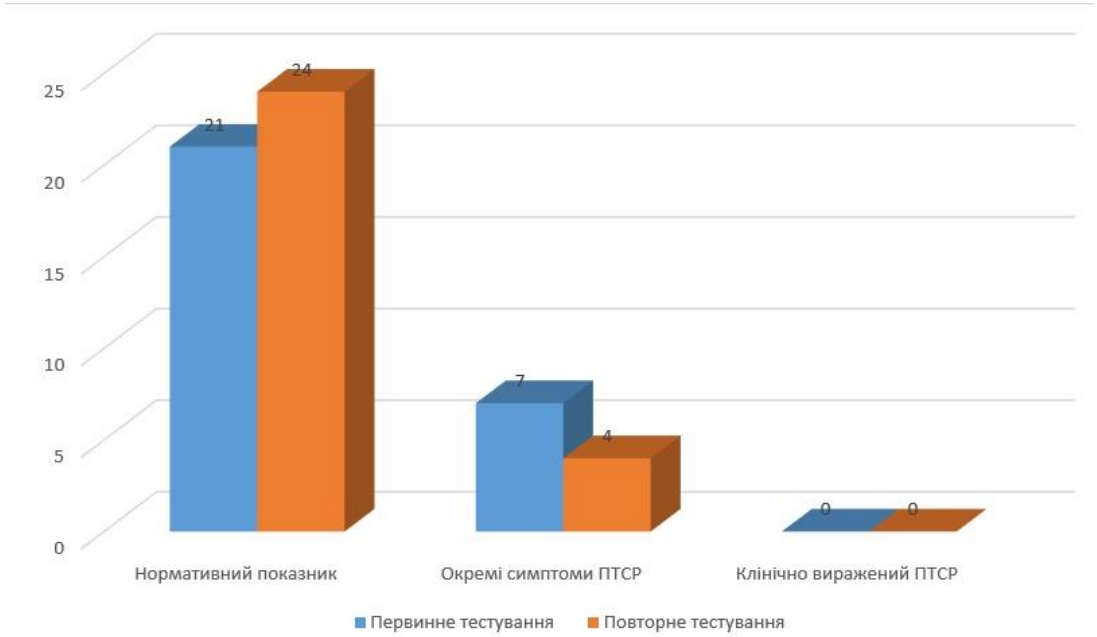


Рис.2.2 - Результати дослідження рівня посттравматичних реакцій за Місісіпською шкалою

Аналіз отриманих даних у дослідженні засвідчує, що більша частина ветеранів, які брали участь у бойових діях, демонструє нормальний рівень посттравматичних реакцій. За результатами первинного обстеження у 75% опитаних не виявлено клінічно значущих ознак посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Такий показник може свідчити про задовільний рівень психологічної адаптації, наявні внутрішні ресурси стійкості до стресу чи позитивний вплив попереднього соціально-психологічного функціонування.

Проте у 25% респондентів відзначено індивідуальні симптоми ПТСР, які проявлялися через нав'язливі спогади, підвищену емоційну напруженість, гіпервігіленцію, поведінку уникнення та психофізіологічні перевантаження. Хоча ці прояви не досягли клінічного рівня, їхня присутність вказує на часткову психологічну дезадаптацію та можливий ризик розвитку посттравматичних розладів за відсутності своєчасного психологічного втручання.

Застосування заходів психореабілітації дало значний позитивний ефект: частка ветеранів із нормальними показниками збільшилася до 87,5%, тоді як кількість осіб із симптомами ПТСР зменшилася до 12,5%. Це свідчить про ефективність психологічної підтримки, навчальних програм і реабілітаційних підходів у поліпшенні загального психоемоційного стану учасників дослідження.

Відсутність клінічно виражених форм ПТСР у вибірці є важливим фактором. Такі результати можуть бути зумовлені низкою причин: своєчасним початком реабілітації, високим рівнем особистісних ресурсів, стабільним соціальним середовищем або навіть специфікою досліджуваної групи. Водночас варто звернути особливу увагу на субклінічні симптоми, які становлять потенційну небезпеку через можливість відстроченого виникнення посттравматичних розладів.

Провідні експерти в галузі психотравматології підтверджують, що посттравматичні реакції військовослужбовців можуть мати як гостру форму, так і латентний характер. Роботи Бесселя ван дер Колка, Чарльза Хоге, Рейчел Єгуди та дослідження українських учених О. Кокун і Н. Агаєвої доводять, що навіть субклінічні прояви ПТСР негативно впливають на якість життя ветеранів, їхні стосунки з іншими людьми, професійне життя та загальне психологічне благополуччя.

Виявлена позитивна динаміка після реабілітаційних заходів узгоджується з сучасними науковими підходами. Вони підкреслюють ключову роль ранньої психологічної підтримки, психоосвітніх програм, когнітивно-поведінкових методик і колективної терапії у запобіганні переходу посттравматичних станів у хронічну форму.

Результати дослідження показують, що більшість учасників бойових дій зберігають основну психологічну стійкість навіть після впливу значних бойових стресорів. Водночас у частини ветеранів простежуються окремі травматичні симптоми, що наголошує на важливості системного підходу до психологічної підтримки.

Зниження кількості випадків посттравматичного стресового розладу серед учасників, які пройшли психологічну реабілітацію, підтверджує ефективність правильного підходу до відновлення. Це сприяє:

- зменшенню рівня психоемоційного напруження;
- зниженню проявів симптомів вторгнення;
- послабленню уникальної моделі поведінки;
- поліпшенню механізмів емоційної регуляції;
- стабілізації загального психічного стану.

Аналіз результатів шкали депресії А.Т. Бека

Наступним вирішальним кроком у емпіричному дослідженні була оцінка рівня депресивних симптомів у військовослужбовців. Депресивні стани є одними з найчастіших психологічних наслідків військової травми та суттєво впливають на процес соціальної адаптації, якість життя, мотивацію та загальний психоемоційний стан ветеранів.

Депресія у військовослужбовців може проявлятися як емоційним виснаженням, втратою майбутніх перспектив та зниженням активності, а також глибшими когнітивними порушеннями, що ускладнюють процес реабілітації.

Для визначення ступеня тяжкості депресивних симптомів використовувалася шкала депресії А.Т. Бека. Цей психодіагностичний інструмент є одним з найбільш науково ретельних у клінічній психології. Його методологія дозволяє оцінити емоційні, когнітивні, мотиваційні та соматичні прояви депресії, а також ступінь їх інтенсивності.

Для систематизації результатів доцільно представити отримані дані у вигляді (Табл. 2.5), а для наглядності у вигляді діаграми (рис.2.3).

Таблиця 2.5

Динаміка рівнів депресивності учасників бойових дій за методикою А. Т. Бека

Рівень депресивності	Первинне тестування (кількість осіб)	Повторне тестування (кількість осіб)	Первинне тестування (%)	Повторне тестування (%)
Відсутність депресивних симптомів	21	28	75%	100%
Помірно виражена депресія	7	0	25%	0%
Виражена депресія	0	0	0%	0%

Лінійна діаграма (рис.2.3) дає змогу наочно відобразити тенденцію до зниження рівня депресивних проявів у досліджуваній групі, акцентуючи увагу на змінах показників у часовій динаміці. Вона також забезпечує чітке порівняння результатів до і після проведення психореабілітаційної роботи.

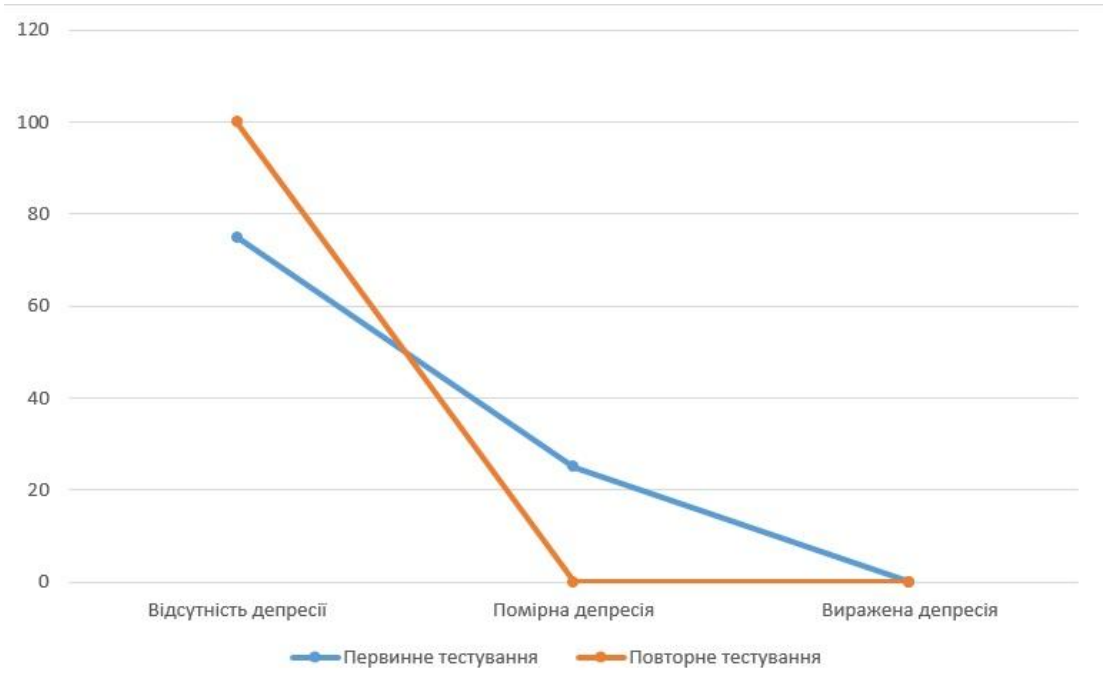


Рис.2.3 - Динаміка рівнів депресивності учасників бойових дій за методикою А. Т. Бека

Результати дослідження демонструють, що на початковому етапі переважна більшість ветеранів (75%) не мали клінічно значущих депресивних симптомів. Це свідчить про збереження емоційних ресурсів, достатню психологічну стійкість або ефективність адаптивних механізмів подолання життєвих труднощів.

При цьому 25% учасників зазнавали помірних депресивних симптомів, які включали пригнічений настрій, втрату мотивації, підвищену втомлюваність, песимізм щодо майбутнього та труднощі з адаптацією. Незважаючи на помірний характер проблеми, такі прояви можуть істотно впливати на якість соціального функціонування та ускладнювати реабілітаційний процес.

Дослідження також показало відсутність тяжких форм депресії серед учасників, що загалом свідчить про відносно сприятливий психічний стан вибірки. Це можна пояснити раннім залученням ветеранів до програм психологічної підтримки, наявністю соціальної допомоги або характеристиками обстежуваної групи.

Повторне тестування засвідчило суттєвий прогрес: усі ветерани продемонстрували повну відсутність депресивних симптомів. Такі результати сигналізують про високу ефективність психореабілітаційних заходів, які були спрямовані на стабілізацію емоційного стану, зниження внутрішньої напруги та повернення здатності долати труднощі.

З наукової точки зору, дослідження співвідноситься з актуальними підходами до вивчення депресивних симптомів у ветеранській спільноті. Науковці, серед яких Аарон Бек, Джудіт Герман, Рейчел Єгуди та інші, зауважують, що депресія у ветеранів часто виступає вторинним наслідком військових травм, тривалого психологічного стресу, утрати звичних ролей у суспільстві та складнощів адаптації до цивільного життя. Часто депресія супроводжує посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривогу та емоційне виснаження.

Результати після проведення психореабілітаційного втручання вказують на позитивну динаміку та підтверджують важливість ранньої психологічної підтримки, використання психотерапевтичних методик і комплексний підхід до відновлення психічного здоров'я шляхом роботи в групах і індивідуального консультування.

З аналізу психологічних даних дослідження випливає, що хоча бойовий досвід у певної частини ветеранів спричинив депресивні тенденції, вони здебільшого були легкими і піддавалися корекції відповідними методами. Це акцентує необхідність раннього визначення навіть незначних депресивних симптомів для попередження їх трансформації у серйозні хронічні розлади

Значне покращення стану учасників після завершення реабілітаційної програми демонструє позитивний вплив заходів психологічної підтримки в таких аспектах:

- стабілізація емоційного стану;
- збільшення фізичної активності;
- зниження рівня виснаження;
- покращення самооцінки;
- формування більш оптимістичного погляду на майбутнє.

Аналіз результатів за методикою визначення стресостійкості та соціальної адаптації (Холмс і Раге)

Вивчення рівня стресостійкості та здатності до соціальної адаптації серед УБД є визначальними для успішного функціонування людини в умовах післявоєнної реабілітації, подолання наслідків бойових травм та інтеграції у мирне життя.

Метод Холмса і Раге спрямований на оцінку ступеня накопичення стресових факторів, адаптивного потенціалу особистості та ймовірності виникнення психоемоційної дезадаптації. Його

актуальність у цьому дослідженні зумовлена поєднанням бойового досвіду з численними іншими стресоутворюючими обставинами: зміною соціального статусу, складнощами адаптації до цивільного життя, сімейними конфліктами, економічною нестабільністю та емоційним виснаженням.

Для точного подання результатів доцільно застосовувати зведену Табл.2.6, що дозволяють систематизувати отримані кількісні показники рівня стресостійкості на первинному й вторинному етапах дослідження. Цей підхід сприяє не лише чіткому аналізу та об'єктивній інтерпретації результатів, а й створенню бази для майбутньої оцінки ефективності заходів психологічної реабілітації.

Таблиця 2.6

Результати дослідження рівня стресостійкості та соціальної адаптації за методикою Холмса і Раге

Рівень стресостійкості	**Первинне тестування**	**Повторне тестування**
Досить велика ступінь опірності стресу	8 осіб (27,7%)	12 осіб (44,5%)
Висока ступінь опірності стресу	9 осіб (33,4%)	6 осіб (22,3%)
Порогова ступінь опірності стресу	3 особи (11,2%)	4 особи (16,6%)
Низька ступінь опірності стресу	8 осіб (27,7%)	4 особи (16,6%)

Аналіз результатів показує, що на початковому етапі дослідження значна частина учасників конфлікту демонструвала досить неоднорідний рівень стресостійкості. Більшість учасників потрапили до категорії «високий» або «досить високий» рівень стресостійкості,

що загалом свідчить про певний потенціал адаптації навіть після пережитих бойових подій.

Водночас майже третина учасників демонструвала низький рівень стресостійкості, що є важливим показником підвищеного ризику психологічної дезадаптації, розвитку хронічного стресу, емоційного виснаження та потенційного виникнення психосоматичних або посттравматичних розладів.

Після психологічної підтримки спостерігалася позитивна тенденція: кількість ветеранів, які демонстрували досить високий рівень стресостійкості, досягла 44,5%, що демонструє збільшення ресурсів подолання, покращення психологічної стабільності та розвиток більш ефективних механізмів подолання стресових факторів.

Одночасно зменшення частки осіб з низькою стресостійкістю з 27,7% до 16,6% підтверджує позитивний вплив програми реабілітації на загальну психологічну стійкість учасників.

Поріг толерантності до стресу також заслуговує на особливу увагу, оскільки він передбачає ризик нестабільності механізмів подолання труднощів. Дійсно, ця категорія ветеранів може бути вразливою до майбутнього психоемоційного перевантаження.

Отримані в ході дослідження дані свідчать, що навіть за умов значного впливу бойового досвіду на адаптаційні можливості військовослужбовців, чимало ветеранів демонструють здатність зберігати або поступово відновлювати ефективну стійкість до стресових факторів. Це свідчить про наявність внутрішнього психологічного ресурсу, який може бути активізований завдяки належній психореабілітаційній підтримці.

Помітна позитивна динаміка після проведення психологічної роботи підтверджує, що реабілітаційні заходи сприяють не лише зниженню рівня хронічного стресу, але й покращенню адаптивних здібностей особистості, підвищенню психологічної витривалості та здатності

конструктивно вирішувати життєві труднощі. До того ж, явним є покращення соціальної інтеграції ветеранів, відновлення їхніх навичок взаємодії в соціальному середовищі та загальна стабілізація емоційного стану. Усе це загалом підтверджує важливість систематичного психологічного супроводу як ключового елементу комплексної реабілітації учасників бойових дій.

5. Аналіз результатів за опитувальником нервово–психічної напруги (Т.А.Немчін)

Заключна частина психодіагностичного дослідження була спрямована на оцінку рівня нейропсихіатричного стресу серед учасників бойових дій. Цей показник є інтегрованим відображенням психоемоційного напруження, ступеня внутрішньої тривожності та здатності організму до адаптації за умов стресу. Методика Т. А. Немчіни використовується для визначення рівня психічного виснаження, інтенсивності внутрішньої тривожності та загальної психофізіологічної стійкості особистості.

Результати дослідження вказали на те, що на початковому етапі більшість учасників (88,8%) демонстрували низький рівень нейропсихіатричного стресу, тоді як у 11,2% він був оцінений як помірний. Жодного випадку надмірного стресу не зафіксовано, що свідчить про збереження загальної психофізіологічної стабільності навіть в умовах стресового досвіду, пов'язаного з участю в бойових діях.

Після впровадження комплексу психореабілітаційних заходів результати значно покращилися: у всіх обстежених (100%) зафіксовано низький рівень нейропсихіатричного напруження. Це свідчить про зменшення психоемоційного навантаження та стабілізацію функціонального стану нервової системи учасників. Варто

підкреслити, що протягом обох етапів дослідження не було виявлено жодного випадку надмірної нейропсихіатричної напруги, що є позитивним фактором для прогнозування психічного здоров'я вибірки загалом.

З точки зору сучасної психології, нервово-психічна напруга виступає одним із важливих показників адаптаційного стану особистості. У роботах Т. Немчіна, а також у дослідженнях, присвячених військовій психології (О. Кокун, Н. Агаєва, Charles Figley), наголошується, що тривала дія бойового стресу може призводити до накопичення психофізіологічного напруження. Проте своєчасне втручання у вигляді психореабілітації здатне ефективно зменшувати його прояви.

Результати проведених досліджень підтверджують ці підходи, засвідчуючи, що навіть за наявності травматичного досвіду військовослужбовці можуть зберігати або відновлювати психічну рівновагу за умови надання відповідної психологічної допомоги.

2.3 Розробка програми психологічної реабілітації

У межах емпіричного дослідження, що базується на психологічних характеристиках учасників бойових дій, була створена програма психологічної реабілітації. Її мета полягає у стабілізації емоційного стану, зменшенні рівня стресу, корекції посттравматичних реакцій та розвитку особистісних ресурсів для подолання життєвих труднощів. Програма має комплексний підхід і включає психоосвітні елементи, групову взаємодію, тілесно-орієнтовані техніки та вправи для управління емоціями.

Основне завдання програми — відновлення психологічної рівноваги ветеранів, покращення їхньої стресостійкості та допомога у формуванні ефективних стратегій роботи з травматичним досвідом. Це передбачає зниження психоемоційного напруження, розвиток навичок

саморегуляції, мобілізацію внутрішніх резервів, створення позитивного емоційного фону та посилення соціальної підтримки в рамках групи.

Практична реалізація програми забезпечується через групові тренінги, які створюють безпечне та сприятливе середовище для самовираження, обговорення переживань і взаємного обміну досвідом. Кожне заняття чітко структуроване і містить етапи, такі як вітання, психокорекційні практики, надання інформації та заключна рефлексія.

Заняття 1. Знайомство та самопрезентація

Перше заняття спрямоване на формування довірливої атмосфери в групі, зниження рівня психологічної напруги та розвиток умінь представляти себе. Створення комфортного та безпечного простору для взаємодії учасників є ключовим фактором для успішної психореабілітації.

У рамках заняття використовуються проективні та метафоричні вправи, які дозволяють делікатно опрацьовувати внутрішній досвід, уникаючи сильного емоційного навантаження. Зокрема, вправа «Метафора» допомагає учасникам краще пізнати й усвідомити свій внутрішній образ, а також розвиває вміння до рефлексії та мислення в символах. Використовуючи метафоричні образи, учасники мають змогу вільніше виражати свої почуття й думки, що особливо важливо для людей із досвідом участі в бойових діях.

Вправа «На якого казкового героя я схожий?» стимулює соціально-психологічну взаємодію та допомагає налаштувати позитивний мікроклімат у групі. Вона сприяє зниженню емоційної напруги, зміцнює зв’язки між учасниками та формує почуття прийняття й підтримки всередині спільноти.

Завершальною частиною заняття є рефлексивне коло. Воно дає змогу усвідомити свій емоційний стан, обмінятися зворотним зв’язком і закріпити позитивний досвід командної взаємодії.

Заняття 2. Емоційні основи

Друге заняття зосереджується на розумінні власних емоцій, їх регуляції та вмінні конструктивно виражати почуття. Значна частина уваги приділяється опрацюванню емоційної сфери, яка особливо вразлива після пережитих стресових ситуацій, пов’язаних із бойовим досвідом.

Запропоновані вправи допомагають учасникам краще усвідомити власний емоційний стан, розвивати здатність до самоаналізу та полегшити внутрішню напругу. Наприклад, вправа «Моменти життя» спрямована на виклик позитивних спогадів і відновлення внутрішньої рівноваги через пригадування моментів радості. Водночас вправа «Посмішка» акцентує увагу на розслабленні обличчя та сприяє прояву позитивного настрою.

Особливо важливою є вправа «Слухаючи себе», котра дозволяє учасникам заглибитися у власні переживання та розвивати здатність до емоційного аналізу й регуляції. Завершальний етап уроку – рефлексія, у ході якої учасники підсумовують свої емоційні відкриття та здобутий досвід.

Заняття 3. Стрес у нашому житті

Третє заняття присвячене розгляду природи стресу, його впливу на психоемоційний стан і методам боротьби з ним. Особлива увага приділяється пошуку й активізації внутрішніх ресурсів кожного учасника.

Вправа «Мені подобається… Я ненавиджу…» дозволяє відобразити неоднозначні емоційні переживання, усвідомити приховані конфлікти та краще зрозуміти свій емоційний світ. Теоретична частина заняття зосереджена на поясненні механізмів виникнення стресу і стратегій його ефективного подолання – це дуже цінний компонент для психоосвіти, особливо для ветеранів.

Вправа «Мої внутрішні ресурси» допомагає досягти глибокого розслаблення, заспокоєння і відчути психологічну стабільність. Ця техніка спрямована на зменшення психофізіологічного навантаження та сприяє відновленню емоційної рівноваг.

2.4 Шляхи підвищення ефективності психологічної реабілітації учасників бойових дій

Ефективність психологічної реабілітації ветеранів значною мірою залежить від якості психокорекційних заходів, їх системної організації, оперативності втручання та врахування особливостей травм кожного випадку.

Психологічна реабілітація є невід'ємною складовою загального реабілітаційного процесу, який включає медичну, професійну та соціальну допомогу. Вона спрямована на відновлення порушених чи втрачених психічних функцій, покращення працездатності, підвищення соціальної активності, а також корекцію самооцінки та відновлення соціального статусу. Ця реабілітація особливо важлива для військовослужбовців і учасників бойових дій, які зіштовхнулися з психічними розладами, травмами або інвалідністю внаслідок бойових дій.

Нинішній рівень психологічної допомоги військовим потребує суттєвих покращень, адже наслідки посттравматичного стресу мають

складний характер і впливають на емоційний стан, когнітивні функції, поведінкові реакції й соціальну адаптацію людини.

Ключовим напрямком у підвищенні ефективності реабілітації є раннє діагностування психологічних порушень. Швидке виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу, депресій та інших розладів нервової системи здатне запобігти їх хронізації й погіршенню стану. Для цього необхідно впровадити систематичний психодіагностичний моніторинг військовослужбовців як під час проходження служби, так і після завершення військової кар'єри.

Міждисциплінарний підхід до реабілітації, в якому взаємодіють психологи, психіатри, соціальні працівники, медики та реабілітологи, є надзвичайно важливим. Така модель дозволяє забезпечити комплексну підтримку, орієнтовану на всі аспекти розладу — від психологічного до соціального — сприяючи цілісному відновленню особистості[26].

Особливу увагу слід приділити індивідуальному підходу під час надання психологічної допомоги. Різноманітність ступенів травматичних переживань, механізмів подолання складнощів і життєвого досвіду у кожного ветерана вимагає персоналізованих рішень. Універсальні методи часто не дають необхідного результату. Тому розробка індивідуальних реабілітаційних програм відкриває можливість для більш ефективного впливу та тривалого позитивного ефекту.

Групова психологічна робота також відіграє важливу роль у процесі реабілітації. Заняття групової терапії, техніки емоційної регуляції та програми самодопомоги допомагають ветеранам долати відчуття ізоляції, посилювати соціальну інтеграцію та налагоджувати взаємодію з іншими людьми. Загалом групова підтримка створює потужний стимул до одужання та відновлення психоемоційного балансу[29].

Інтеграція сучасних психотерапевтичних підходів є неминучою у вдосконаленні реабілітаційної роботи. Використання когнітивно-

поведінкової терапії, методів роботи з травмою, способів емоційної стабілізації та тілесно-орієнтованих практик дає змогу досягати значних успіхів у лікуванні травматичних психічних порушень. Результати досліджень підтверджують ефективність комбінованого використання різних терапій у боротьбі з посттравматичним стресом.

Окремої уваги заслуговує психоосвітня робота як з ветеранами, так і з їхніми родинами. Освітні програми щодо роз'яснення природи психологічних проблем, навчання надавати емоційну підтримку та розвивати навички спілкування в сімейному колі сприяють гармонізації взаємостосунків і зниженню рівня конфліктності в близькому оточенні ветеранів.

О.О. Буковська та О.Л. Гірченко[25] у своїй статті, яка зосереджена на аналізі напрямів психологічної реабілітації при кризових станах, викликаних екстремальними ситуаціями, наголошують на важливості комплексного підходу до процесу реабілітації. Цей процес починається з ретельної оцінки та лікування захворювання, травми чи патологічного стану. Крім того, необхідно враховувати будь-які залишкові дефіцити після лікування та їхній вплив на соціальні, психологічні та професійні здібності людини. В гострому періоді лікування зосереджується на фізіологічних і патологічних аспектах травми або недуги, що потенційно загрожують інвалідністю. Реабілітація ж спрямована на розвиток і використання наявних навичок, а також формування нових на основі внутрішніх резервів людини[22].

Головне завдання психологічної реабілітації УБД полягає у прийнятті травматичної події як частини власного досвіду, побудові нової життєвої перспективи, залученні до щоденних викликів життя, а також формуванні активної життєвої позиції. Поступове формування установки реабілітанта є ключовим аспектом цього процесу: від сприйняття «скажи, що мені робити» (на момент надзвичайної ситуації або одразу після неї) через «допоможи мені» (у процесі осмислення

наслідків пережитого) до впевненого «я впораюся, підтримай мене поруч». Найвища мета психологічної реабілітації – навчити людину навичок самореабілітації, що дозволить у будь-якій життєвій ситуації ефективно допомагати як собі, так і оточуючим.

Якщо уточнити цілі психологічної реабілітації учасників російсько-української війни, то можна класифікувати їх на загальні та індивідуальні. Перелік завдань, визначених у науковій та навчальній літературі, є актуальним: нормалізація психологічного стану; відновлення психічних функцій, порушених війною; примирення з власним образом себе, особливо у випадках тяжких фізичних травм (наприклад, втрата кінцівки або зору); відновлення стосунків з навколишнім середовищем; пошук нових цінностей та нового сенсу життя; самоконструювання (пошук відповідей на питання «Хто я?»); конструювання внутрішнього світу, що інтегрує досвід війни та підтримка посттравматичного зростання [18, с. 54].

У своїй дисертації В.А. Лясков окреслює основні завдання психологічної реабілітації учасників збройних конфліктів: визначення ступеня та характеру психічних розладів, а також індивідуальних та особистісних особливостей поведінки військовослужбовців[24]. Оцінка інтелектуальних, перцептивних, емоційних та вольових можливостей військовослужбовців, а також рівня їхньої працездатності; визначення заходів, необхідних для індивідуальної та колективної психологічної реабілітації військовослужбовців; зниження психічного напруження до рівня, що відповідає оптимальній працездатності; усунення негативних психологічних проявів шляхом комплексного використання психологічних, психотерапевтичних, медичних та фізіологічних методів; здійснення професійно-психологічної реабілітації та, у випадках втрати професійної придатності, професійної переорієнтації; формулювання рекомендацій щодо збереження військової служби; діагностика психічних станів та

аналіз динаміки їх змін; оцінка ефективності психологічної реабілітації військовослужбовців [19].

Найефективнішою моделлю є та, що формалізована сучасною нормативною базою, а саме: три рівні психологічної підтримки. Кризова інтервенція, тобто втручання на місці події або в перші години/дні після травматичної події, є початковою формою психологічної допомоги, але не є психореабілітацією. Психореабілітація відбувається, коли людина більше не перебуває в стресовій ситуації, особливо для військовослужбовців, коли вони залишають зону бойових дій і опиняються в безпечнішому середовищі. Для відновлення порушених психічних функцій необхідні специфічні умови та план лікування, адаптований як до тіла, так і до розуму. Психореабілітація має свою власну структуру та включає різні психологічні послуги, кожна з яких пропонує специфічні методики та методи у формі низько- або високоінтенсивних втручань.

У підсумку зазначимо, що підвищити ефективність психологічної реабілітації учасників бойових дій можливо лише шляхом комплексного підходу, який охоплює ранню діагностику, індивідуальний підхід, мультидисциплінарну співпрацю, впровадження сучасних психотерапевтичних методів та забезпечення тривалого супроводу. Такий підхід не лише допомагає стабілізувати психоемоційний стан ветеранів, але й сприяє їхній успішній соціальній інтеграції та покращенню якості життя.

ВИСНОВКИ

У межах дослідження в дипломній роботі було здійснено всебічний теоретичний та емпіричний аналіз проблеми психологічної травми та реабілітації учасників бойових дій. Докладно проаналізовано психоемоційний стан військовослужбовців і оцінено ефективність застосованих реабілітаційних підходів.

Теоретичні знахідки свідчать, що бойовий стрес є багатовимірним і складним явищем, яке включає не лише гострі реакції на загрозливі події, а й довготривалі зміни в емоційній, когнітивній та поведінковій сферах особистості. Учасники бойових дій піддаються впливу екстремальних стресових факторів, які збільшують ризик розвитку посттравматичного стресового розладу, депресії, високої тривожності та проблем соціальної адаптації[22, 23].

Особливо складним явищем є моральна травма, яка виникає, коли чоловік переживає глибокий внутрішній конфлікт після подій, що суперечать його моральним переконанням. Це може включати втрату товаришів, вимушене застосування сили, почуття провини, пов'язане з виживанням, або безпорадність перед обличчям трагедії. Моральна травма часто супроводжується соромом, самоосудом, екзистенційною кризою та сумнівами щодо власної системи цінностей.

Емпірична частина дослідження, проведена з використанням різноманітних психодіагностичних методик (тест самооцінки психічних станів Г. Айзенка, Міссісіпська шкала ПТСР, опитувальник депресивності А. Бека, методика Холмса і Раге, опитувальник нервово-психічної напруги Т. А. Немчіна), дозволила зібрати об'єктивні дані щодо психічного стану учасників бойових дій.

Аналізуючи результати емпіричного дослідження, варто наголосити, що проведений кількісний аналіз даних дозволяє більш чітко відстежити динаміку змін психоемоційного стану учасників бойових

дій у процесі психологічної роботи. Згідно з методикою самооцінки психічних станів Г. Айзенка, на початковому етапі дослідження всі учасники (100%) демонстрували низький рівень тривожності та фрустрації, при цьому агресивність і ригідність мали низькі показники у 88–89% і понад 94% учасників відповідно. Під час повторного етапу спостерігалося незначне, але позитивне зниження рівня агресивності, що свідчить про зміцнення емоційної стабільності та результативність психокорекційного впливу.

Дані, отримані за Міссісіпською шкалою посттравматичних реакцій, виявили, що на початку дослідження 75% респондентів не демонстрували симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тоді як 25% виявляли окремі ознаки. На повторному етапі частка осіб із нормативними показниками зросла до 87,5%, а відсоток учасників із травматичними проявами зменшився до 12,5%. Така динаміка вказує на зниження інтенсивності посттравматичних реакцій, що може бути пов’язано як із природною адаптацією, так і з ефективністю психореабілітаційних заходів.

Результати опитувальника депресивності А. Бека показали, що на початковому етапі в 75% учасників не було помітно проявів депресії, тоді як у 25% спостерігався помірний рівень депресивних симптомів. На завершальному етапі всі учасники (100%) демонстрували відсутність депресивної симптоматики. Це свідчить про суттєве зниження емоційного виснаження, загальне поліпшення психічного стану та відновлення внутрішніх ресурсів особистості.

Методика Холмса і Раге засвідчила, що на першому етапі високий та досить високий рівні стресостійкості були характерними для понад 60% вибірки, тоді як у 27,7% учасників спостерігався низький рівень цього показника. Після психокорекційної роботи відбулося зростання адаптаційних можливостей: частка осіб із досить високим рівнем стійкості збільшилася до 44,5%, тоді як рівень низької стресостійкості

знизився до 16,6%. Це свідчить про покращення здатності долати стресові ситуації та зміцнення психологічної витривалості.

Опитувальник нервово-психічної напруги Т. А. Немчіна показав, що на початковому етапі у 88,8% респондентів зафіксовано слабкий рівень напруги, а в 11,2% – помірний. На фінальному етапі всі учасники (100%) демонстрували виключно слабкий рівень нервово-психічної напруги, і випадків надмірного навантаження не виявлено. Це вказує на стабілізацію психоемоційного стану та значне зниження внутрішньої напруги, що є важливим індикатором успішності реабілітаційного впливу.

Загалом отримані результати свідчать про позитивні зміни у психічному стані учасників бойових дій після психологічної реабілітації. Найвиразніше це спостерігається у зменшенні проявів депресії, посттравматичних реакцій та нервово-психічної напруги, а також у підвищенні рівнів стресостійкості й адаптивності.

Програма психологічної реабілітації, що об'єднує елементи групової роботи, психоедукації, метафоричні техніки, релаксаційні вправи та емоційно-орієнтовані підходи, продемонструвала свою ефективність у стабілізації психоемоційного стану ветеранів бойових дій. Її впровадження сприяло зміцненню психологічної стійкості, вдосконаленню навичок саморегуляції та покращенню загального емоційного стану учасників.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Борисова О. О. Психореабілітація учасників бойових дій в Україні: правові засади та практичні виміри. Габітус. 2023. Вип. 49. С. 16–21. DOI: 10.32782/2663-5208.
2. Борисова О. О. Психоедукаційні моделі у процесі психореабілітації учасників бойових дій: поняття та функції, приклад. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Психологія». 2023. № 3. С. 7–12. DOI: 10.32782/psy-visnyk/2023.3.1.
3. Бриндіков Ю. Л. Методологічні принципи реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. Педагогічні науки: збірник наукових праць Херсонського державного університету. 2017. Вип. LXXVII. Т. 2. С. 149–153.
4. Блінов О. А. Психологія бойового стресу: дис. д-ра психол. наук: 19.00.04. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2020. 660 с.
5. Блінов О. А. Опитувальник бойового стресу: науково-методичне видання. Київ: Талком, 2019. 36 с.
6. Висятицька Н. Д., Лиса М. О. Когнітивні та поведінкові методи як ефективний спосіб підтримки психологічної стійкості військовослужбовців під час бойового стресу. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. 2024.
7. Гнетньова С. М. Сучасні технології соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій. Тернопіль, 2024.
8. Гридковець Л. М. Навчально-методичний комплекс з дисципліни «Реабілітаційна психологія». Київ: КІБіТ, 2012. 80 с.
9. Жигайло Н. Психологічний супровід військовослужбовців у зоні ведення бойових дій. Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2022. Вип. 13. С. 64–70. DOI: 10.30970/PS.

10. Костючков С. К. Нейрокогнітивний хакінг як елемент «дестабілізаційної змії» у контексті сучасної гібридної війни. Вісник Львівського університету. Серія філософсько-політологічні студії.
11. Кравченко К. О., Тімченко О. В., Широбоков Ю. М. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців-учасників АТО: монографія. Харків: НУЦЗУ, 2017. 256 с.
12. Крук І. М., Григус І. М. Сучасний погляд на психологічну реабілітацію військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. Rehabilitation and Recreation. 2023. № 15. С. 50–56.
13. Кудренко О. В., Афанасенко В. С. Вплив стрес-факторів бойової обстановки на психіку військовослужбовців Повітряних Сил (на основі досвіду АТО). Наука і техніка Повітряних Сил Збройних Сил України. 2018. № 2 (31). С. 137–144. DOI: 10.30748/nitps.2018.31.18.
14. Кузнєцова Л. Є. Теоретичні моделі формування і корекції посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців. Молодий вчений. 2018. № 33 (219). С. 75–79.
15. Левін П. А. Зцілення від травми. Київ: Видавництво Ростислава Бурлаки, 2022. 156 с.
16. Лесков В. О. Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців із районів військових конфліктів: автореф. дис. канд. психол. наук. Хмельницький, 2008. 20 с.
17. Лящ О. Деструктивний вплив бойового стресу на емоційну сферу особистості військового. Психологічні перспективи. 2021. Вип. 37. С. 128–140. DOI: 10.29038/2227–1376–2021–37–128–140.
18. Медична психологія / С. Д. Максименко, І. А. Коваль, К. С. Максименко, М. В. Папуча; за ред. С. Д. Максименка. Вінниця, 2008. 520 с.
19. Монсон С. М. et al. Cognitive-Behavioural Conjoint Therapy versus Prolonged Exposure for PTSD in Military Service Members and Veterans. European Journal of Psychotraumatology. 2024.

20. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навч. посіб. / за ред. Н. Пророк. Т. 1. Київ, 2018. 208 с.
21. Пітерсон К. Відновлення військовослужбовців: повернення до мирного життя. У: Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Київ: Наш формат, 2017. 1068 с.
22. Психологія / за ред. Г. С. Костюка. Київ: Радянська школа, 1988. 35 с.
23. Пророк Н., Царенко Л., Бойко С. Адаптація, дезадаптація, розлади адаптації: питання термінології. Грааль науки. 2021. № 9. С. 373–381.
24. Приходько І. І. Профілактика та контроль бойового стресу у військовослужбовців: систематизація досліджень. Вісник ХНПУ ім. Г. С. Сковороди. 2021. № 1 (64). С. 193–215.
25. Рибчук О. Психогенні розлади військовослужбовців: історія та сучасність. Вісник Національного університету оборони України. 2020. Т. 51. № 1. С. 118–123.
26. Sodolevska V. Issues of mental health due to the state of war in Ukraine. Psychosomatic Medicine and General Practice. 2023. Vol. 7. No. 2.
27. Шелестова О. Межові психічні розлади та розлади адаптації. Herald of Kyiv Institute of Business and Technology. 2021. Т. 46. № 4. С. 74–81.
28. Шиделко А. В. Наслідки впливу бойового стресу на психологічний стан особистості військовослужбовця. Перспективи та інновації науки. 2022. № 1 (6). С. 476–486. DOI: 10.52058/2786-4952-2022-1(6)-476-486.
29. Social and Psychological Rehabilitation of Servicemen with Post-Traumatic Stress Disorder. Open Psychology Journal. 2024.