МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет права, публічного управління та національної безпеки
Кафедра психології

Кваліфікаційна робота
на правах рукопису

Мосійчук Альона Анатоліївна

УДК 159.923.5

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

Психологічні особливості соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій

Спеціальність 053 «Психологія»
ОПП «Практична психологія»

Подається на здобуття освітнього ступеня магістра психології.

Кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело _____А.А.Мосійчук

Керівник роботи Безручук С. Л.
Кандидат економічних наук, доцент
ст. викладач

Житомир – 2026

Висновок кафедри

_____

за результатами попереднього захисту:

_____

Протокол засідання кафедри
№_____ від «___»_____ 20__ року

Завідувач кафедри

_____ _____ _____
(науковий ступінь, вчене звання) (підпис) (науковий ступінь, вчене звання)

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти

_____ захистив (ла)
(прізвище, ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:

сума балів за 100-бальною шкалою _____
за шкалою ECTS _____
за національною шкалою _____

Секретар ЕК

_____ _____ _____
(науковий ступінь, вчене звання) (підпис) (прізвище ,ім'я, по батькові)

ЗМІСТ

ВСТУП…… 7

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ…… 12

1.1. Психологічні наслідки участі у бойових діях…… 12

1.2. Посттравматичний стресовий розлад як ключова проблема реабілітації…… 16

1.3. Поняття та сутність соціально-психологічної реабілітації…… 21

1.4. Психологічні чинники, що впливають на успішність реабілітації військовослужбовців……... 27

Висновки до розділу 1…… 29

РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО СТАНУ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ…… 32

2.1. Методи дослідження психічних станів особистості…… 32

2.2. Організація та процедура емпіричного дослідження……..... 36

Висновки до розділу 2……. 40

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ…….. 43

3.1. Аналіз результатів дослідження рівня посттравматичного стресу…. 43

3.2. Програма соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій…….. 53

Висновки до розділу 3……. 56

ВИСНОВКИ…… 58

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ…….. 60

ДОДАТКИ…… 68

АНОТАЦІЯ

Мосійчук А. А. Психологічні особливості соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 053 – Психологія. – Поліський національний університет, Житомир, 2026.

У кваліфікаційній роботі досліджено психологічні особливості соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій. Актуальність теми зумовлена зростанням кількості військовослужбовців, які потребують комплексної психологічної допомоги в умовах повномасштабної війни в Україні.

Метою дослідження є теоретичне обґрунтування та емпіричне вивчення взаємозв'язків між рівнем посттравматичного стресу, психологічною стійкістю, соціальною підтримкою та соціально-психологічною адаптацією учасників бойових дій.

У роботі проаналізовано теоретичні підходи до проблеми реабілітації військовослужбовців, розкрито сутність посттравматичного стресового розладу як ключового чинника дезадаптації, визначено основні психологічні ресурси, що впливають на ефективність відновлення.

Емпіричне дослідження проведено на базі КНП «Ємільчинська лікарня» за участю 34 військовослужбовців. Використано комплекс психодіагностичних методик, зокрема шкали оцінки посттравматичного стресу, тривожності, депресії, психологічної стійкості та соціальної підтримки. Здійснено кореляційний аналіз взаємозв'язків між досліджуваними показниками.

Результати дослідження підтвердили наявність статистично значущих взаємозв'язків між рівнем посттравматичного стресу, психологічною стійкістю, соціальною підтримкою та адаптаційними можливостями

особистості. Обґрунтовано практичні рекомендації щодо підвищення ефективності соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій.

Ключові слова: соціально-психологічна реабілітація, посттравматичний стресовий розлад, психологічна стійкість, соціальна підтримка, соціально-психологічна адаптація, учасники бойових дій.

ABSTRACT

Mosiichuk A. Psychological features of the socio-psychological rehabilitation of combatants. - Qualification work on manuscript rights.

Qualification work for obtaining the educational degree of Master in specialty 053 – Psychology. – Polissia National University, Zhytomyr, 2026.

The qualification thesis investigates the psychological features of social and psychological rehabilitation of combatants. The relevance of the study is determined by the growing number of military personnel requiring comprehensive psychological assistance under the conditions of the full-scale war in Ukraine.

The aim of the research is to theoretically substantiate and empirically examine the relationships between the level of post-traumatic stress, psychological resilience, social support, and social-psychological adaptation of combatants.

The paper analyzes theoretical approaches to the rehabilitation of military personnel, reveals the essence of post-traumatic stress disorder (PTSD) as a key factor of maladaptation, and identifies the main psychological resources influencing recovery effectiveness.

The empirical study was conducted in a Municipal Non-Commercial Enterprise Yemilchyn Hospital and involved 34 combatants. A set of psychodiagnostic methods was applied, including scales for assessing post-traumatic stress, anxiety, depression, psychological resilience, and social support. Correlation analysis was used to determine relationships between the studied variables.

The findings confirm statistically significant relationships between post-traumatic stress levels, psychological resilience, perceived social support, and adaptive capacity. Practical recommendations aimed at improving the effectiveness of social and psychological rehabilitation of combatants are substantiated.

Keywords: social and psychological rehabilitation, post-traumatic stress disorder, psychological resilience, social support, social-psychological adaptation, combatants.

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасні суспільно-політичні та соціально-психологічні трансформації, зумовлені повномасштабною війною в Україні, актуалізують проблему збереження психічного здоров'я та забезпечення ефективної соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій. Повернення військовослужбовців до мирного життя часто супроводжується значними психологічними труднощами, пов'язаними з пережитим бойовим досвідом, тривалим перебуванням у ситуаціях загрози життю, втратами, а також необхідністю адаптації до нових соціальних ролей і умов життєдіяльності. Зазначені чинники суттєво впливають на емоційний стан, поведінкові реакції, міжособистісні взаємини та загальний рівень соціально-психологічної адаптації особистості.

Соціально-психологічна реабілітація учасників бойових дій передбачає відновлення психологічної рівноваги, подолання посттравматичних проявів, розвиток психологічної стійкості та активізацію ресурсів соціальної підтримки. Ефективність цього процесу значною мірою залежить від урахування психологічних особливостей ветеранів, зокрема рівня посттравматичного стресу, психологічної стійкості, суб'єктивно сприйманої соціальної підтримки та здатності до соціально-психологічної адаптації.

Попри зростання кількості досліджень, присвячених проблемам посттравматичних розладів і реінтеграції ветеранів, потребує подальшого ґрунтовного аналізу саме комплекс психологічних чинників, що визначають специфіку соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій. Особливої уваги потребує вивчення взаємозв'язків між посттравматичними проявами, психологічною стійкістю, соціальною підтримкою та рівнем соціально-психологічної адаптації як ключовими компонентами реабілітаційного процесу.

Отже, *актуальність дослідження* зумовлена необхідністю наукового обґрунтування психологічних особливостей соціально-психологічної

реабілітації учасників бойових дій та вдосконалення системи психологічної допомоги з урахуванням сучасних викликів.

Об'єкт дослідження – процес соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій.

Предмет дослідження – психологічні особливості соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій, зокрема взаємозв'язки між рівнем посттравматичного стресу, психологічною стійкістю, соціальною підтримкою та соціально-психологічною адаптацією.

Мета дослідження. Теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні особливості соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій через вивчення взаємозв'язків між рівнем посттравматичного стресу, психологічною стійкістю, соціальною підтримкою та соціально-психологічною адаптацією з метою визначення їх практичного значення для вдосконалення реабілітаційної роботи.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати наукові підходи до проблеми соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій та визначити її психологічні особливості.
2. Охарактеризувати основні психологічні наслідки бойового досвіду, що впливають на процес соціально-психологічної реабілітації.
3. Визначити психологічні чинники соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій (посттравматичний стрес, психологічна стійкість, соціальна підтримка, соціально-психологічна адаптація).
4. Емпірично дослідити взаємозв'язки між зазначеними психологічними показниками у вибірці учасників бойових дій.
5. Розробити програму соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців.

Гіпотеза дослідження. Між рівнем посттравматичного стресу, психологічною стійкістю, соціальною підтримкою та соціально-психологічною адаптацією існують стійкі та статистично значущі

взаємозв’язки, які мають практичне значення для розробки індивідуалізованих програм психологічної реабілітації та соціально-психологічного супроводу ветеранів.

Емпірична база дослідження. Емпіричне дослідження проводилося на базі КНП «Ємільчинська лікарня», що здійснює соціально-психологічну допомогу учасникам бойових дій. У вибірку дослідження увійшли 34 учасники бойових дій віком від 24 до 52 років, середній вік респондентів становив 36,8 року.

Методологічні та теоретичні засади дослідження. Методологічну та теоретичну основу дослідження становлять положення концепцій соціально-психологічної адаптації та реабілітації особистості (А. Налчаджян, С. Максименко, Ж. Піаже, А. Фурман), теорії психологічної стійкості та резильєнтності (Н. Бонанно, А. Мастен), а також наукові праці вітчизняних і зарубіжних учених, присвячені проблемам посттравматичного стресового розладу та психологічних наслідків бойового досвіду (Д. Герман, Т. Титаренко, О. Романчук, В. Шапарь та ін.).

Методи дослідження. Для розв’язання поставлених завдань у роботі використано комплекс теоретичних та емпіричних методів. Теоретичні методи включали аналіз, синтез, узагальнення та систематизацію наукових джерел. До емпіричних методів належали анкетування, спостереження, психодіагностичні методики та кореляційний аналіз. У дослідженні застосовано такі методики: шкалу оцінки посттравматичного стресового розладу, методику дослідження соціально-психологічної адаптованості, методику самооцінки емоційних станів А. Уессмана і Д. Рікса, методики оцінки психологічної стійкості та соціальної підтримки.

Практичне значення дослідження. Практичне значення роботи полягає у можливості використання отриманих результатів у діяльності практичних психологів, фахівців реабілітаційних центрів, військових госпіталів та соціальних служб з метою підвищення ефективності соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій.

Особистий внесок здобувача. Особистий внесок здобувача полягає у здійсненні комплексного теоретичного та емпіричного дослідження психологічних чинників соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій: проведено системний аналіз наукових підходів до проблеми, уточнено зміст ключових понять (посттравматичний стресовий розлад, психологічна стійкість, соціальна підтримка, соціально-психологічна адаптація), організовано та реалізовано емпіричне дослідження з подальшим статистичним і кореляційним аналізом отриманих даних, що дозволило встановити статистично значущі взаємозв'язки між рівнем ПТСР, психологічною стійкістю, соціальною підтримкою та адаптацією, а також обґрунтувати практичні рекомендації щодо впровадження комплексних реабілітаційних програм, спрямованих на зниження психотравматичних проявів і підвищення ефективності адаптаційного процесу.

Апробація та впровадження результатів. Основні положення та результати дослідження були представлені для обговорення на 3 міжнародних науково-практичних конференціях: «PARIS SCIENCE AND EDUCATION FORUM» (м. Париж, Франція; 2–4 березня 2026 року), V Міжнародній науково-практичній конференції «INNOVATION AND DEVELOPMENT IN WORLD SCIENCE» (м. Цюрих, Швейцарія; 2-4 березня 2026 року), а також у межах 3rd International Scientific and Practical Conference "Scientific Exploration: Bridging Theory and Practice" (м. Берлін, Німеччина; 16 -18 лютого 2026 року).

Публікації. Теоретичні та емпіричні результати дослідження висвітлено у 3 публікаціях.

1. Mosiychuk A. A. Програма соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій // Paris Science and Education Forum (March 2–4, 2026). Paris, France: Naukainfo.com, 2026 (*подано до друку*).

2. Мосійчук А. А., Безручук С. Л. Психологічні чинники ефективності соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій // The 5th International Scientific and Practical Conference "Innovation and Development in

World Science” (March 2–4, 2026). Zurich, Switzerland: MDPC Publishing, 2026. 418 p.

3. Мосійчук А. Посттравматичний стресовий розлад як ключова проблема психологічної реабілітації військовослужбовців // Collection of Scientific Papers with the Proceedings of the 6th International Scientific and Practical Conference “Scientific Exploration: Bridging Theory and Practice” (February 16–18, 2026, Berlin, Germany). European Open Science Space, 2026.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи становить 67 сторінкок.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

1.1. Психологічні наслідки участі у бойових діях

Після завершення Першої світової війни вперше почали активно обговорювати наслідки воєнних подій та їхній вплив на людську психіку і сімейні стосунки. Протягом чотирьох років, коли відбувалися руйнування міст, громад і сімей, це справило глибокий вплив на психічний стан людей, які не були ані фізично, ані морально готові до таких масштабних трагедій. У своїй книзі «Психологія і солдат» військовий психолог Н. Коупленд формулює важливу тезу: «Коли битва затягується, її результат визначається моральною силою, а не фізичною». Він підкреслює, що «Люди вірять у себе; армії вірять у своїх командирів; армії вірять у свою націю; армії усвідомлюють мету війни» [8].

З часу Другої світової війни Європа не зазнавала настільки тривалих і масштабних воєнних конфліктів, як сучасна війна в Україні. Станом на 1 жовтня 2024 року чисельність Сил оборони України становила близько 980 тисяч осіб, і ця цифра продовжує зростати. Кожен військовослужбовець має власний досвід участі у бойових діях, що формує індивідуальну траєкторію психологічних змін. Частина захисників після виконання бойових завдань повертається до мирного життя, тоді як інші продовжують службу в умовах постійної небезпеки [70].

Війна є екстремальним соціально-психологічним явищем, що супроводжується інтенсивним і тривалим впливом психотравмуючих чинників. На відміну від цивільних осіб, які в небезпечних ситуаціях керуються інстинктом самозбереження, військовослужбовці змушені свідомо пригнічувати його задля виконання бойового обов’язку. Це зумовлює внутрішній конфлікт між страхом і почуттям відповідальності, який часто є не менш виснажливим, ніж безпосередні бойові дії. Постійна загроза життю,

дефіцит відпочинку та перебування в умовах невизначеності призводять до надмірного психоемоційного напруження навіть у періоди перебування в тилу.

За даними Міністерства в справах ветеранів України, після завершення російської агресії кількість ветеранів і членів їхніх сімей може становити близько 10 % населення країни, а загальна чисельність ветеранів – 4–5 мільйонів осіб. За результатами досліджень, приблизно 25–30 % військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, мають прояви хронічних посттравматичних станів, а психічні розлади під час бойових дій можуть охоплювати від 6 до 12 % особового складу [46]. Історичний досвід воєнних конфліктів також засвідчує високий рівень психогенних втрат: під час Другої світової війни вони у США перевищували 17 %, а під час війни у В'єтнамі сягали близько 30 % [13].

Проблема дослідження особистості військовослужбовця в специфічних умовах бойової діяльності активно розробляється у вітчизняній психологічній науці з початку 1990-х років (М. Андреєв, В. Андросюк, І. Журавльова, С. Захарова, Л. Казміренко, І. Котенев та ін.). Водночас, в межах військово-психологічних досліджень і досі недостатньо уваги приділяється комплексному аналізу особистості військовослужбовця з позицій інтеграції особистісного та діяльнісного підходів [38].

Службово-бойова діяльність у сучасних умовах війни висуває надзвичайно високі вимоги до нервово-психічної, зокрема емоційно-вольової сфери особистості. У працях вітчизняних науковців підкреслюється, що психологічна готовність до бойових дій ґрунтується на загальних механізмах мобілізації психіки, серед яких особливу роль відіграють емоційні стани та вольова регуляція поведінки військовослужбовців [28.]. Однією з ключових передумов ефективного виконання професійних завдань є здатність протистояти інтенсивному стресу, тривалим фізичним і психічним навантаженням та забезпечувати адекватне реагування на екстремальні події в умовах постійної загрози життю.

Емоційно-вольова стійкість особистості визначає здатність військовослужбовця до самоконтролю, регуляції емоційних реакцій і збереження цілеспрямованої поведінки в умовах небезпеки. Вона охоплює емоційний, вольовий, мотиваційний і пізнавально-прогностичний компоненти. У стресових ситуаціях відбувається зниження відчуття безпеки, що зумовлює домінування базових емоцій, зокрема страху й агресії. Це може проявлятися у підвищеній конфліктності, імпульсивності, відчуженні та труднощах міжособистісної взаємодії [9**].**

Бойова діяльність супроводжується впливом комплексу стрес-факторів, які мають як гострий, так і хронічний характер. Дослідники зазначають, що специфіка бойових дій полягає в поєднанні постійної загрози життю з необхідністю застосування насильства в ім'я колективних і особистих цілей, що створює передумови для формування гострих внутрішньоособистісних конфліктів [35**].**

Стрес розвивається в три стадії: реакція переляку, фаза опору та виснаження адаптаційних резервів. Третя стадія свідчить про обмеження розвитку особистісних характеристик в умовах стресу, що може призвести до психологічної травми. Психологічна травма є наслідком надмірного стресу і може бути гострою (від одноразового потрясіння) або хронічною (від повторюваних стресів). Дослідники вважають, що психологічний захист може допомогти усунути травму. Психологічна травма негативно впливає на психічну діяльність і фізіологічні функції. Військові експерти підкреслюють важливість знання симптомів травми та організації лікування, оскільки 10% військовослужбовців потребують психологічної реабілітації для відновлення психічного здоров'я [7].

Під час бойових дій у військовослужбовців виникає бойовий стрес, який істотно впливає на перебіг психічних процесів і ефективність діяльності. Залежно від рівня мотивації, психологічної стійкості та попереднього досвіду стрес може мати як мобілізуючий, так і дезорганізуючий характер. З. Кісарчук, Я. Омельченко та інші автори

виокремлюють основні етапи переживання травматичної ситуації: шок, надзбудження, втому та адаптацію [24].

Тривалий дистрес порушує процеси саморегуляції та адаптації, що може призводити до психічних розладів і зниження боєздатності [16].

Первинні стреси, пережиті під час війни, взаємодіють із вторинними стресами, які виникають після повернення додому, причому, за словами E. F. Morrill, останні мають більш виражений вплив, ніж когнітивні елементи. Це створює внутрішнє підґрунтя для психосоціальної дезадаптації військовослужбовців у суспільстві. Науковець S. Armeli вказує, що симптоми посттравматичного стресового розладу можуть бути розглянуті як основа, на якій відбуваються особистісні зміни на різних рівнях [1.]

Стресові чинники бойової діяльності, за Н. Агаєвим, О. Кокуном та співавторами, поділяються на кілька груп: короткочасні стресори (тривалістю від годин до днів), тривалі стресори (місяці або роки), специфічні бойові стресори, пов’язані з безпосередньою загрозою життю, та неспецифічні бойові стресори, що включають відповідальність за інших, тривогу та міжособистісні конфлікти . Вплив цих чинників залежить як від індивідуальних психологічних особливостей військовослужбовця, так і від умов бойової діяльності [39].

Тривала дія психотравмуючих факторів, повторюваність екстремальних подій і високий рівень емоційного напруження можуть спричиняти стійкі зміни у психічному функціонуванні військовослужбовця, порушення емоційної регуляції та формування дезадаптивних реакцій, що зберігаються після повернення до мирних умов життя. У цьому контексті описується феномен «синдрому нервової демобілізації», який проявляється у зниженні вольової мобілізації, дратівливості, агресивності, апатії, тривожності та соматичних розладах [22].

Психопатологічні прояви дезадаптації військовослужбовців охоплюють вегетативні, афективні та астенічні симптоми, серед яких найпоширенішими є порушення сну, підвищена тривожність, емоційна нестійкість, почуття

провини, агресивність і виснаження. Такі стани можуть ускладнювати соціальне функціонування, погіршувати якість життя та підвищувати ризик розвитку посттравматичного стресового розладу [54].

Отже, участь у бойових діях є потужним психотравмуючим чинником, що комплексно впливає на психічне функціонування військовослужбовця та зумовлює глибокі особистісні й поведінкові зміни. Постійна загроза життю, інтенсивні стресові навантаження, морально-етичні дилеми та дефіцит психологічного відновлення сприяють формуванню бойового стресу, дистресу й посттравматичних станів різного ступеня вираженості. Тривалий вплив екстремальних умов бойової діяльності може призводити до порушень емоційної регуляції, зниження адаптаційних можливостей, розвитку дезадаптивних реакцій і психопатологічних проявів, що зберігаються після повернення до мирного життя. Усвідомлення психологічних наслідків участі у бойових діях є необхідною передумовою для розробки ефективних заходів психологічної підтримки, реабілітації та соціально-психологічної адаптації військовослужбовців у постбойовий період.

1.2. Посттравматичний стресовий розлад як ключова проблема реабілітації

Травматичний досвід має глибокий і тривалий вплив на психічне благополуччя особистості, охоплюючи емоційну стабільність, поведінкові реакції, когнітивні процеси та здатність до соціальної адаптації. Виникненню психічних розладів після пережитих травматичних подій сприяє сукупність соціально-економічних, психологічних, біологічних та індивідуально-особистісних чинників. Такі порушення не лише знижують якість життя, а й ускладнюють професійну діяльність, міжособистісні взаємини та процес реінтеграції у соціальне середовище [15].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це комплексний психічний розлад, що виникає після переживання надзвичайно загрозливих або катастрофічних подій, які порушують базові відчуття безпеки людини та

виходять далеко за межі повсякденного життєвого досвіду. Такі події можуть включати воєнні дії, тяжкі нещасні випадки, природні катастрофи, сексуальне насильство та інші ситуації, пов'язані з реальною або потенційною загрозою життю або здоров'ю. Це визначення відповідає концептуальному опису ПТСР у роботах Джудіт Герман (Herman, 1992), Бесселя ван дер Колка (van der Kolk, 2006), а також у п'ятому виданні «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» (DSM-5) Американської психіатричної асоціації (American Psychiatric Association, 2013), де розлад характеризується як реакція на психотравмуючий стресор із порушенням функціонування нервової системи та поведінкових реакцій [33].

На відміну від загального стресу, що описаний Річардом Лазарусом та Сьюзен Фолкман як реакція на щоденні труднощі та вимоги, ПТСР формується саме після надзвичайних подій з елементами загрози життю або тяжкого насильства. Після пережитої травмуючої події у людини можуть виникати комплексні реакції, серед яких емоційне відсторонення та зниження довіри до оточення, нав'язливі спогади, флешбеки, нічні кошмари, труднощі зі сном і концентрацією уваги, підвищена тривожність, дратівливість та надмірна пильність. Ці прояви відображають клінічну картину ПТСР, подану у DSM-5 і детально розглянуту у працях С. Нолен-Хуксема [61] та Е. Фоа і співавторів [17].

Статистичні дані показують, що приблизно половина людей протягом життя зазнає важких травматичних подій, але не всі розвивають ПТСР. Частота виникнення розладу залежить від інтенсивності та тривалості впливу травми, а також від особистісних і соціальних ресурсів людини. У регіонах з тривалими військовими конфліктами рівень ПТСР серед постраждалого населення коливається від 11% до 50% (World Health Organization, 2013). Чоловіки частіше зазнають травм, пов'язаних із бойовими діями, фізичним насильством чи загрозою життю, тоді як жінки більш вразливі до травматичних ситуацій, пов'язаних із сексуальним насильством [55].

Згідно з DSM-5, діагностика ПТСР передбачає безпосереднє переживання або свідчення травматичного стресора, нав'язливі переживання у вигляді флешбеків, кошмарів чи повторюваних спогадів, уникнення стимулів, що нагадують про травму, зміни у мисленні та настрої, зокрема пригнічення позитивних емоцій, почуття провини або відчуження, а також порушення реактивності, включаючи підвищену пильність, дратівливість та труднощі зі сном. Симптоми повинні зберігатися понад чотири тижні та суттєво впливати на соціальне або професійне функціонування, при цьому виключається вплив медикаментів або соматичних захворювань, які могли б імітувати подібну симптоматику [3].

Біологічний фон ПТСР пов'язаний із дисфункцією системи стресових реакцій. Мигдалеподібне тіло (amygdala) демонструє гіперактивність, відповідаючи за швидке розпізнавання небезпеки та ініціювання базових інстинктивних реакцій, тоді як префронтальна кора, що контролює раціональне мислення та регуляцію емоцій, гальмується, знижуючи здатність до відстороненого оцінювання ситуацій. Гіпокамп, відповідальний за впорядкування пам'яті, зазнає пригнічення нейрогенезу, через що травматичні спогади не інтегруються у логічну послідовність життя, а залишаються «поза часом», повторно проявляючись у вигляді флешбеків, кошмарів та нав'язливих переживань. Гормони стресу, зокрема норадреналін та кортизол, продовжують активно виділятися, підтримуючи підвищену збудливість, тривожність, дратівливість і схильність до спалахів агресії. Будь-які подразники, що асоціюються із травматичним досвідом, можуть запускати різку емоційну реакцію, повертаючи людину у стан психологічного минулого, немов подія відбувається знову [6].

Психологічні наслідки ПТСР мають дві основні площини впливу на психічне здоров'я. Перша – деструктивна, яка проявляється у вигляді клінічних станів, віднесених до категорії «розладів, пов'язаних із травмою і стресовими факторами», серед яких гострий стресовий розлад та ПТСР. Проте спектр негативних наслідків не обмежується цими станами і включає

затяжне або травматичне горе, клінічну депресію, генералізований тривожний розлад, панічні атаки, дисоціативні стани, соматоформні розлади, а також розлади, пов’язані з вживанням психоактивних речовин. За даними DSM-5, приблизно 80% людей із ПТСР мають супутні психічні розлади, що суттєво знижує рівень психологічного благополуччя, порушує соціальну адаптацію, ускладнює стосунки з оточенням та в окремих випадках може призводити до глибокої ізоляції і навіть інвалідності [20].

Важливу роль у перебігу посттравматичних розладів відіграють соціально-економічні умови. Безробіття, фінансова нестабільність, обмежений доступ до медичних і психологічних послуг, а також дефіцит соціальної підтримки значно знижують адаптаційні ресурси особистості та ускладнюють процес відновлення. Відсутність підтримки з боку родини й найближчого оточення посилює відчуття ізольованості та сприяє хронізації психічних порушень [30].

Особливої актуальності проблема посттравматичних розладів набуває у контексті бойових дій. Екстремальні події, пов’язані з безпосередньою загрозою життю, загибеллю побратимів і необхідністю застосування насильства, формують високий ризик розвитку бойових психічних травм. За даними досліджень, у 50–80 % осіб, які пережили інтенсивний бойовий стрес, з часом формується посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), що значно ускладнює їх повернення до мирного життя та потребує тривалої психологічної реабілітації [53].

Посттравматичний стресовий розлад є одним із найбільш досліджених і водночас найбільш поширених психічних наслідків участі у бойових діях. Він характеризується нав’язливими спогадами про травматичні події, нічними кошмарами, емоційною гіперзбудливістю, дратівливістю, порушеннями сну та концентрації уваги, а також униканням будь-яких нагадувань про пережитий досвід. Для осіб із ПТСР характерними є емоційна відстороненість, зниження здатності переживати позитивні емоції, відчуття безнадійності й соціальної ізоляції. Симптоматика може зберігатися

протягом тривалого часу після завершення бойових дій, суттєво ускладнюючи соціальну та сімейну адаптацію[68].

Сучасні дослідження підкреслюють важливу роль моральної травми у структурі ПТСР у військовослужбовців. Моральна травма виникає внаслідок переживання або усвідомлення дій, що суперечать власним моральним цінностям і етичним переконанням, та супроводжується глибоким почуттям провини, сорому й знецінення власного «Я». Встановлено, що військовослужбовці з досвідом моральної травми значно частіше демонструють тяжкі форми ПТСР, депресивні стани та суїцидальні думки[10].

Патогенез ПТСР пов’язаний із порушеннями нейродинамічних процесів в структурах лімбіко-діенцефального кола, які відповідають за емоційну регуляцію, пам’ять, вегетативні та ендокринні реакції. На нейробіологічному рівні виявляються психобіологічні, нейрогормональні, нейроанатомічні та нейрофізіологічні зміни, зокрема гіперактивація мигдалевидного тіла та зменшення об’єму гіпокампу, що зумовлює стійкість симптомів і труднощі їх подолання [11]

Клінічно виділяють кілька типів перебігу ПТСР: тривожний, астенічний, дисфоричний та соматоформний, кожен з яких має свої специфічні прояви та потребує індивідуалізованого підходу до лікування й реабілітації. Перебіг розладу може бути гострим, хронічним або відтермінованим, а його тяжкість залежить від індивідуальних особливостей особистості, рівня соціальної підтримки та доступу до кваліфікованої допомоги[47].

Таким чином, посттравматичний стресовий розлад є ключовою психологічною проблемою реабілітації учасників бойових дій. Він поєднує в собі біологічні, психологічні, соціальні та морально-екзистенційні виміри, суттєво впливаючи на здатність військовослужбовців до адаптації та відновлення після війни. Ефективна реабілітація потребує комплексного підходу, що включає психотерапевтичну допомогу, соціальну підтримку,

роботу з моральною травмою та створення умов для поступового повернення до повноцінного мирного життя [55].

Отже, аналіз поданого матеріалу засвідчує, що посттравматичний стресовий розлад є одним із найскладніших і найпоширеніших психічних наслідків травматичного, зокрема бойового, досвіду та ключовою проблемою психологічної реабілітації військовослужбовців. ПТСР формується під впливом сукупності соціально-економічних, психологічних, біологічних та індивідуально-особистісних чинників і проявляється на емоційному, когнітивному, поведінковому та нейрофізіологічному рівнях. Особливістю бойової травматизації є тісний зв'язок ПТСР із моральною травмою, яка підриває систему цінностей особистості, посилює почуття провини, сорому та відчуження й значно ускладнює процес повернення до мирного життя. Варіативність клінічних форм і перебігу ПТСР, поєднання його з депресивними, тривожними та психосоматичними проявами, а також ризик хронізації симптомів за умов недостатньої підтримки зумовлюють необхідність комплексного, міждисциплінарного підходу до реабілітації. Таким чином, ефективна допомога військовослужбовцям із ПТСР має поєднувати психотерапевтичні, медичні та соціальні заходи, враховувати морально-ціннісні аспекти травматичного досвіду та бути спрямованою не лише на зменшення симптомів, а й на відновлення здатності до соціальної взаємодії, особистісного розвитку та повноцінної життєвої адаптації.

1.3. Поняття та сутність соціально-психологічної реабілітації

В сучасних умовах Збройні Сили України стикаються з особливою необхідністю організації психологічної підтримки військовослужбовців. Високі вимоги служби та постійний контакт із бойовими ситуаціями створюють значні психоемоційні навантаження, що можуть призводити до помилок у діях, зниження працездатності та погіршення психічного стану. Повномасштабна війна в Україні значно підсилила ці проблеми, збільшивши кількість поранених, постраждалих та внутрішньо переміщених осіб, а також

зумовивши високий рівень тривоги у тих, хто живе поза зоною бойових дій [31].

У цьому контексті соціально-психологічна реабілітація українських військових і їхніх родин стає надзвичайно актуальною. Вона спрямована на відновлення психічного здоров'я, оптимізацію адаптації до військової служби та мирного життя, поліпшення морально-психологічного клімату у підрозділах та вирішення особистісних проблем. Актуальність цього питання підкреслюється високим рівнем психогенних втрат серед військових, що досягає 80%, а у 30–40% випадків може мати незворотні наслідки, включно з деструктивною поведінкою та ризиком суїциду [64].

Специфіка психолого-реабілітаційної роботи з учасниками бойових дій залишається недостатньо дослідженою, особливо в контексті розробки ефективних стратегій програм та їх експертної оцінки. Важливу роль у цьому процесі мають відігравати спеціалізовані соціальні служби та реабілітаційні установи. Реабілітаційні установи повинні забезпечити належні умови для успішної комплексної реабілітації цієї категорії військовослужбовців. В Україні функціонує відповідна державна установа (до 10 вересня 2014 року: «Національна служба з питань інвалідів та ветеранів України», далі – «Державна служба у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції України»); (після 1 січня 2019 року: «Міністерство у справах ветеранів»), а також громадські організації, такі як «Всеукраїнська організація ветеранів, військовослужбовців та учасників бойових дій з інвалідністю, Вища координаційна рада ветеранів України»; «Вища координаційна рада у справах ветеранів та учасників антитерористичної операції», волонтерські організації, зокрема «Всеукраїнське об'єднання учасників бойових дій та волонтерів» [12].

Проте методологічні основи роботи з військовослужбовцями, які беруть участь у бойових діях, на сьогодні залишаються недостатньо розробленими. Незважаючи на наявність в Україні нормативно-правових актів, що регулюють питання реабілітації, таких як Указ Президента України

«Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції» та Закони України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» і «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей», чинне законодавство не містить спеціальних норм, що регулюють організацію психолого-реабілітаційної діяльності з сім'ями військовослужбовців. Важливо зазначити, що реабілітаційна допомога колишнім військовим повинна виходити за межі лише медичної та фінансової підтримки, включаючи також комплексну психологічну допомогу та соціальну реабілітацію [18]

Соціально-психологічна реабілітація є багатокомпонентним процесом, що включає медичну, військово-професійну та соціальну складові, і кожна з них виконує специфічні функції у відновленні психічного та фізичного стану військовослужбовців. Медична реабілітація спрямована на відновлення фізичного здоров'я та нормалізацію психоемоційного стану. Вона включає фізіотерапевтичні процедури, масаж, бальнеотерапію, а також медикаментозне лікування, зокрема застосування психотропних препаратів для стабілізації емоційного фону[49].

Питання розвитку системи фізкультурно-спортивної та медичної реабілітації ветеранів війни та членів їхніх сімей визначено у Національна стратегія розвитку системи фізкультурно-спортивної реабілітації ветеранів війни та членів їх сімей, яка передбачає формування цілісної державної політики у сфері відновлення фізичного та психічного здоров'я ветеранів, розширення мережі реабілітаційних послуг і міжвідомчу координацію[32].

Теоретичні засади медичної реабілітації, її принципи, етапи та складові висвітлено у працях, присвячених основам медичної реабілітації та її видам і засобам, де обґрунтовується необхідність комплексного підходу, що поєднує медичні, фізичні, психологічні та соціальні заходи відновлення.

Проблематика фізичної реабілітації військовослужбовців детально розкрита у праці Р. В. Слухенської, яка визначає основні напрями відновлення функціонального стану організму після бойових травм. Питання

реабілітації учасників бойових дій та осіб з інвалідністю внаслідок війни також узагальнено в інформаційних матеріалах системи безоплатної правової допомоги [40].

Нормативно-правове забезпечення соціального захисту ветеранів визначене Закон України «Про статус ветеранів військової служби, ветеранів органів внутрішніх справ, ветеранів Національної поліції і деяких інших осіб та їх соціальний захист», який регламентує гарантії медичного забезпечення, санаторно-курортного лікування та соціальної підтримки.

Аналіз практичного стану реабілітації учасників бойових дій подано у науковій статті О. Д. Гавловського, І. А. Голованової та Н. В. Харченко, де виявлено проблеми доступності та ефективності відновлювальних заходів]. Актуальні виклики організації реабілітації під час воєнного стану висвітлено в аналітичних матеріалах щодо особливостей функціонування системи медичного забезпечення військовослужбовців[47].

Критичні аспекти функціонування системи відновлення, зокрема неврегульованість механізмів направлення на реабілітацію та недостатність ресурсів, порушуються у публікаціях Н. Меркулової та А. Стебловської, де наголошується на розриві між законодавчими гарантіями та фактичною реалізацією послуг [62].

Процес медичної реабілітації починається з надання першої медичної допомоги безпосередньо у бойових умовах і продовжується у лікувальних закладах, де створюються умови для системного впливу на психіку військовослужбовців. Навіть незначне поліпшення фізичного стану підвищує мотивацію до одужання та позитивно впливає на комунікацію з оточенням [29].

Військово-професійна реабілітація спрямована на відновлення або перенавчання професійних навичок військовослужбовців після психотравмуючих подій. Вона дозволяє військовим повернутися до виконання службових обов’язків у підрозділі, а у разі неможливості відновлення колишньої професійної діяльності забезпечує перенавчання на

інші види діяльності. Це дає змогу підтримувати бойову готовність частин та сприяє відчуттю власної значущості для колективу [25].

Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців розглядається як комплексна система психологічних, педагогічних і соціальних заходів, спрямованих на відновлення або компенсацію порушених психічних функцій, особистісного та соціального статусу осіб, які зазнали психічної травми. Її основною метою є покращення психічного здоров'я, відновлення соціального функціонування та сприяння успішній інтеграції ветеранів у мирне життя[60].

У наукових підходах, зокрема в дослідженнях А.П. Мельник, виокремлюються чотири основні види реабілітації: психологічна, медико-психологічна, професійно-психологічна та соціально-психологічна. Психологічна реабілітація зосереджується переважно на відновленні психічного здоров'я. Медико-психологічна поєднує психологічну допомогу з медичним супроводом у разі фізичних травм і поранень. Професійно-психологічна спрямована на відновлення або зміну професійної діяльності, включає профорієнтацію та перекваліфікацію. Соціально-психологічна реабілітація розглядається як організація підтримувального соціального середовища, що стимулює відновлення особистості та її повернення до активного суспільного життя [56].

Цікавим аспектом соціально-психологічної реабілітації є концепція, представлена Т.М. Титаренко. Авторка підкреслює, що соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців не обмежується простим поверненням до попереднього життя до війни або до бойової травми. Вона є процесом активізації «здатності життєтворення», що передбачає можливість перепроектування власного життя та реалізації нових проектів у сімейній, особистій, професійній та інших сферах. Т.М. Титаренко акцентує на тому, що така особистісна переорієнтація веде до змін у домінуючій системі цінностей, ціннісних орієнтаціях, а також до особистісних змін і трансформацій [71].

Соціальна реабілітація є ключовим елементом у комплексі відновлювальних заходів, оскільки людина є соціальною істотою, і її психічне благополуччя тісно пов'язане з відчуттям підтримки з боку сім'ї, колективу та суспільства загалом. Для військовослужбовця, який зазнав психічної травми, важливо отримувати увагу та співчуття від оточення, брати участь у суспільно корисній діяльності та підтримувати контакти з близькими. Позитивний соціальний вплив сприяє зменшенню тривоги, відволікає від стресових думок і допомагає відновити психоемоційний баланс [44].

Структурно соціально-психологічна реабілітація охоплює психологічну допомогу (індивідуальну та групову терапію, консультування, роботу з наслідками психотравми й адаптацією до мирного життя), соціальну підтримку (сприяння у вирішенні соціальних питань, розвиток мережі контактів, групи взаємопідтримки за принципом «рівний – рівному»), ерготерапію (відновлення або формування навичок самообслуговування з урахуванням нових фізичних можливостей) та професійну допомогу (профорієнтація, перепідготовка) [52].

Ключовим компонентом психологічної реабілітації є також психотерапія, психологічна декомпресія, психоедукація та розвиток навичок психологічної саморегуляції. Психотерапія передбачає проведення індивідуальних і групових бесід, спрямованих на заспокоєння військовослужбовця, пояснення механізмів виникнення психічних розладів та формування навичок саморегуляції. Психологічна декомпресія дозволяє поступово переключати механізми реагування з бойового режиму на мирний, стабілізувати психоемоційний стан та запобігати розвитку психогенних розладів. Психоедукація формує у військових розуміння закономірностей функціонування психіки, моделей поведінки в екстремальних умовах та способів виходу з кризових ситуацій. Розвиток навичок саморегуляції через самопереконання і самонавіювання дозволяє військовослужбовцям

контролювати емоційний і фізіологічний стан, зменшувати напруження, підвищувати стійкість до стресу та запобігати перевтомі [36].

Для ефективної соціально-психологічної реабілітації необхідний системний підхід, який передбачає раннє надання психологічної допомоги, поетапне проведення реабілітаційних заходів, адаптацію методів до індивідуального стану військовослужбовців та активне залучення соціального оточення, зокрема сім'ї і колективу. Успіх реабілітації значною мірою залежить від встановлення довірливого контакту, психологічної підтримки та відчуття того, що військовослужбовець почутий і зрозумілий.

Таким чином, соціально-психологічна реабілітація українських військових у сучасних умовах війни є складним і багаторівневим процесом, що поєднує медичні, військово-професійні, психологічні та соціальні заходи. Вона забезпечує відновлення психічної рівноваги, сприяє адаптації до мирного життя, підтримує психічне здоров'я, запобігає деструктивній поведінці та є ключовим чинником успішної реінтеграції військовослужбовців у суспільство. Потреба у подальших наукових дослідженнях та вдосконаленні системи психологічної допомоги підкреслює значущість цього напряму для сучасних Збройних Сил України.

1.4. Психологічні чинники, що впливають на успішність реабілітації військовослужбовців

Успішність соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців значною мірою визначається комплексом психологічних чинників, що формують здатність особистості до відновлення після бойового досвіду та адаптації до мирного життя. Ці чинники можна поділити на кілька взаємопов'язаних груп: рівень посттравматичного стресу, психологічна стійкість, суб'єктивне відчуття соціальної підтримки, а також особистісні та когнітивні ресурси [**67**.].

Наявність симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) є одним із ключових чинників, що впливають на процес реабілітації. Інтенсивність нав'язливих спогадів, емоційної гіперзбудливості, порушень сну та концентрації уваги значно ускладнює адаптаційні процеси та може спричиняти соціальну ізоляцію. Військовослужбовці з високим рівнем ПТСР потребують індивідуалізованих підходів, включаючи психотерапевтичну допомогу та підтримку, що сприяє стабілізації психоемоційного стану і підвищенню ефективності реабілітаційних заходів. Особливе значення має врахування моральної травми, що підсилює прояви провини, сорому та відчуження, а також сприяє хронізації симптомів [40].

Психологічна стійкість військовослужбовця є критичною для успішної адаптації та реабілітації. Вона включає здатність до самоконтролю, регуляції емоційних реакцій, витримування стресових навантажень та збереження цілеспрямованої поведінки. Високий рівень стійкості дозволяє особистості мобілізувати внутрішні ресурси у складних ситуаціях, зменшувати негативний вплив стресу на фізичне та психічне здоров'я і ефективно використовувати підтримку з боку соціального оточення. Емоційно-вольова сфера, мотиваційні та когнітивні ресурси, здатність до планування та прогнозування власних дій виступають важливими детермінантами успіху реабілітації [57].

Суб'єктивне відчуття підтримки від родини, колег і соціального оточення є важливим буфером негативного впливу травматичного досвіду. Дослідження свідчать, що військовослужбовці, які відчувають наявність стабільної соціальної підтримки, демонструють нижчий рівень симптомів ПТСР, більшу здатність до адаптації та позитивну мотивацію до участі у реабілітаційних програмах. Соціальна підтримка сприяє зниженню тривоги, формує відчуття безпеки та допомагає активізувати внутрішні ресурси для подолання стресу[41].

Розвиток рефлексивних і когнітивних навичок, здатність до саморефлексії, усвідомлення власних емоційних станів і поведінкових

реакцій сприяють більш ефективній психоемоційній саморегуляції. Військовослужбовці, які володіють такими ресурсами, здатні усвідомлено аналізувати свій травматичний досвід, коригувати дезадаптивні моделі поведінки та поступово інтегрувати пережите у нові соціальні ролі. Розвиток навичок самопідтримки та психоедукації підвищує ефективність психологічної декомпресії та забезпечує більш стійкий результат реабілітації [14].

Мотивація до відновлення та реінтеграції в соціальне середовище є важливим чинником успішності реабілітації. Усвідомлення значущості власної участі у програмі, готовність працювати над відновленням психічного здоров'я та внутрішнє прийняття моральних та етичних аспектів травматичного досвіду сприяють формуванню активної позиції і підтримують процес адаптації.

Отже, психологічні чинники, що визначають ефективність соціально-психологічної реабілітації, утворюють інтегровану систему взаємопов'язаних ресурсів і бар'єрів, які впливають на швидкість і якість адаптаційних процесів. Комплексна оцінка цих чинників дозволяє індивідуалізувати програми реабілітації, розробляти ефективні методи психотерапевтичної підтримки, підвищувати рівень психологічної стійкості та оптимізувати соціальну інтеграцію військовослужбовців після бойових дій.

Висновки до розділу 1

Проведений теоретичний аналіз проблеми соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій дає підстави зробити наступні висновки:

1. Участь у бойових діях є потужним психотравмуючим чинником, який комплексно впливає на особистість військовослужбовця. Постійна загроза життю, морально-етичні дилеми, інтенсивні фізичні та психоемоційні навантаження формують бойовий стрес, який за умов тривалості та надмірної інтенсивності може трансформуватися у стійкі посттравматичні стани. Психологічні наслідки бойового досвіду проявляються на емоційному,

когнітивному, поведінковому та психофізіологічному рівнях, що знижує адаптаційні можливості особистості та ускладнює її подальше функціонування в мирному соціальному середовищі.

2. Встановлено, що посттравматичний стресовий розлад є ключовою психологічною проблемою реабілітації військовослужбовців. ПТСР формується під впливом сукупності біологічних, психологічних, соціально-економічних і морально-екзистенційних чинників та характеризується нав'язливими спогадами, гіперзбудливістю, емоційною відстороненістю, униканням травматичних стимулів, порушеннями сну й концентрації уваги, а також труднощами соціальної адаптації. Особливістю бойової травматизації є її тісний зв'язок із моральною травмою, яка підриває систему цінностей особистості, посилює почуття провини та сорому і суттєво ускладнює процес повернення до мирного життя.

3. Доведено, що соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців є багаторівневим і міждисциплінарним процесом, який поєднує медичні, психологічні, військово-професійні та соціальні заходи. Її сутність полягає у відновленні психічної рівноваги, розвитку навичок саморегуляції, подоланні наслідків травматичного досвіду та створенні умов для успішної соціальної реінтеграції. Ефективність реабілітації значною мірою залежить від своєчасності надання допомоги, поетапності реабілітаційних заходів, індивідуалізації програм та активного залучення сім'ї й соціального оточення військовослужбовця.

4. Визначено, що успішність реабілітаційного процесу зумовлюється комплексом психологічних чинників, серед яких провідну роль відіграють рівень вираженості посттравматичних симптомів, психологічна стійкість особистості, мотивація до відновлення, розвиненість когнітивно-рефлексивних ресурсів та суб'єктивне відчуття соціальної підтримки. Взаємодія цих чинників формує індивідуальну траєкторію адаптації військовослужбовця та визначає якість його соціального функціонування після завершення бойових дій.

Отже, теоретичний аналіз засвідчує необхідність системного підходу до організації соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій, який має враховувати клінічні прояви посттравматичних розладів, особистісні ресурси, соціальні умови та морально-ціннісні аспекти травматичного досвіду. Комплексність, міждисциплінарна взаємодія та науково обґрунтовані методи психологічної допомоги є ключовими передумовами ефективного відновлення психічного здоров'я військовослужбовців і їх успішної реінтеграції у мирне життя, що створює теоретичне підґрунтя для подальших емпіричних досліджень і розробки практично орієнтованих програм реабілітації.

РОЗДІЛ 2.
МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО СТАНУ УЧАСНИКА БОЙОВИХ ДІЙ

2.1. Методи дослідження психічних станів особистості

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виникає через серйозні травматичні події і впливає на емоційне благополуччя та функціонування людини. Для діагностики ПТСР використовуються стандартизовані тести, які оцінюють симптоми та їхній вплив на життя пацієнта. Це дозволяє визначити рівень підтримки та розробити ефективний план лікування. Сучасні методи включають анкети та структуровані інтерв'ю, що допомагають ідентифікувати ключові симптоми, такі як нав'язливі спогади і підвищена тривожність. Результати тестів сприяють ранньому виявленню ПТСР і адаптації лікування до індивідуальних потреб пацієнтів, що підвищує шанси на успішне одужання [37]

Оцінка посттравматичного стресового розладу (ПТСР) здійснюється за допомогою стандартизованих інструментів, таких як структуровані клінічні інтерв'ю та опитувальники. Основні інструменти включають PCL-5, CAPS-5, MINI та шкалу впливу подій (IES). PCL-5 – це анкета для самостійного заповнення, що містить 20 запитань про симптоми ПТСР, оцінювані за шкалою від 0 до 4. CAPS-5 є «золотим стандартом» для діагностики ПТСР, складається з 30 запитань і проводиться кваліфікованим фахівцем. MINI – це стисле клінічне інтерв'ю для діагностики різних психічних розладів. Шкала впливу подій оцінює особисте сприйняття травматичного інциденту, але не є достатньою для діагностики ПТСР. Ці інструменти використовуються для підтвердження діагнозу та планування лікування [45].

Діагностика посттравматичного стресового розладу (ПТСР) вимагає структурованого підходу, що включає підготовку пацієнта, використання стандартизованих інструментів та аналіз результатів. Важливо створити комфортну атмосферу, пояснити мету тесту та обговорити можливі

результати, щоб зменшити тривогу пацієнта. Вибір інструменту для оцінки ПТСР, як-от PCL-5 для початкового скринінгу або CAPS-5 для детальної оцінки, залежить від умов і необхідної точності. MINI використовується для попередньої діагностики, а IES оцінює емоційні реакції. Формати тестування можуть бути різними, включаючи анкети та структуровані інтерв'ю. Важливо, щоб пацієнт відповідав чесно, а спеціаліст спостерігав за його емоційним станом і робив перерви при необхідності [63].

Після тесту фахівець оцінює результати за встановленими критеріями, визначаючи наявність і тяжкість посттравматичного стресового розладу на основі симптомів. Аналіз даних враховує індивідуальні особливості пацієнта, його минулий досвід і соціальне оточення, що є важливим для створення індивідуального плану лікування. Фахівець також може вирішити про необхідність додаткових обстежень. Анкета PCL-5, що складається з 20 запитань, використовується для оцінки симптомів ПТСР за шкалою від 0 до 4.

Після травматичного досвіду жертви часто відчувають підвищений рівень стресу та тривоги, що впливає на їхній психоемоційний стан і здатність адаптуватися. Симптоми можуть проявлятися фізично, емоційно та когнітивно, тому важливо виявляти та оцінювати ці умови для формування плану реабілітації. Для точної оцінки стресу слід використовувати перевірені інструменти, такі як анкети, інтерв'ю та психометричні тести. Стандартизовані оцінки, як-от шкала сприйнятого стресу (PSS), допомагають визначити вплив стресових факторів і створити індивідуальні плани лікування. Шкала PSS складається з 10 запитань про відчуття за останній місяць, з оцінкою від 0 до 4, де вищі бали вказують на більший рівень стресу. PSS є простим і ефективним інструментом для оцінки суб'єктивного переживання стресу та моніторингу його змін під час реабілітації [20].

Шкала Холмса і Раге також використовується для оцінки стресу, пов'язаного з життєвими подіями, присвоюючи подіям бали для визначення ймовірності виникнення стресових розладів і потреби в психологічній

допомозі. Шкала дозволяє фахівцям кількісно оцінити стрес від життєвих подій, що допомагає об'єктивно визначити ризик для психічного здоров'я та виявити фактори, які можуть викликати стресові розлади, а також оцінити потребу у втручанні до появи серйозних симптомів.

Оцінка тривоги є ключовою для розуміння психічного стану пацієнта, особливо після травми. Для діагностики використовують стандартизовані оцінки, зокрема GAD-7 та HADS. GAD-7 складається з 7 питань, що оцінюють симптоми ГТР, з оцінкою від 0 до 3, де 0 - «ніколи», а 3 - «майже щодня». Загальна оцінка варіюється від 0 до 21. Тест GAD-7 оцінює симптоми генералізованого тривожного розладу та їх тяжкість, що може вказувати на потребу в психотерапії. Когнітивно-поведінкова терапія є ефективною для зменшення тривоги. Використання GAD-7 на початку та протягом лікування допомагає відстежувати покращення та коригувати терапію. Тест має високу чутливість (89%) та специфічність (82%) для діагностики розладу, а також слугує для оцінки ефективності лікування, оскільки зниження балів свідчить про покращення психічного стану пацієнта.

HADS – інструмент для оцінки тривожності та депресії, що складається з 14 питань (7 про тривогу і 7 про депресію), з оцінкою від 0 до 3. Загальний бал варіює від 0 до 42, де вищий бал вказує на більшу ймовірність розладів. HADS допомагає швидко виявляти клінічно значущі симптоми та точно ідентифікувати конкретні розлади. Тест має високу чутливість (80-90%) і специфічність (близько 70%) для виявлення тривожних і депресивних розладів, особливо в умовах підвищеного ризику психічних розладів [27].

Сучасні підходи до діагностики депресії базуються на стандартизованих оцінках, що дозволяють об’єктивно визначити тяжкість розладів і специфічні симптоми, а також їхній вплив на повсякденне життя. Важливим є також виявлення супутніх проблем психічного здоров’я, таких як тривожні розлади та емоційна нестабільність. Цей комплексний підхід допомагає врахувати всі аспекти психічного здоров’я при плануванні лікування. Точна діагностика депресії сприяє розробці ефективних

реабілітаційних стратегій. Основні інструменти для діагностики включають Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) та Beck Depression Inventory (BDI).

PHQ-9 – це опитувальник з 9 запитань, що оцінює симптоми депресії, такі як пригнічений настрій, проблеми зі сном та втому. Його мета — швидкий скринінг та ідентифікація депресивних розладів, а також оцінка їх впливу на повсякденне життя. Інструмент корисний для початкової діагностики та моніторингу ефективності лікування. Результати оцінюються за 4-бальною шкалою, що дозволяє визначити тяжкість депресії та необхідність втручання [21].

Beck Depression Inventory (BDI) – це інструмент з 21 запитання для виявлення симптомів депресії, включаючи почуття провини, самокритики, песимізм, суїцидальні думки, а також проблеми з апетитом і сном. Він оцінює тяжкість депресії та допомагає виявити супутні психічні проблеми, такі як тривожні розлади. Результати тесту використовуються для вибору лікування, враховуючи психологічні та фізичні симптоми, і класифікуються від легкої до важкої депресії [58].

Розлади сну впливають на психічне здоров’я, загальне самопочуття та відновлення після стресу. Оцінка якості сну є важливим діагностичним кроком для фахівців у реабілітації. У тексті розглядаються методи діагностики, такі як Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) та шкала сонливості Епворта, які допомагають визначити проблеми зі сном та їхній вплив на психічне здоров'я. Проблеми зі сном можуть бути симптомами або наслідками психічних розладів, таких як депресія та тривога. Лікування психічних розладів без вирішення проблем зі сном може знижувати ефективність терапії. Оцінка якості сну допомагає створити індивідуальні плани реабілітації, що включають покращення гігієни сну та психологічну підтримку, що підвищує ефективність лікування.

Отже, у підрозділі розглянуто методи оцінки тяжкості психологічних розладів, зокрема посттравматичного стресового розладу, тривоги, депресії та розладів сну. Стандартизовані тести, такі як PCL-5, PHQ-9, BDI та PSQI,

допомагають визначити наявність і тяжкість розладів, а також їх вплив на повсякденне життя. Результати оцінок сприяють встановленню базової лінії, відстеженню змін під час реабілітації та коригуванню терапії. Це дозволяє фахівцям адаптувати плани лікування, враховуючи індивідуальні симптоми та загальний психічний стан пацієнта, що підвищує ефективність терапевтичних втручань і сприяє одужанню.

2.2. Організація та процедура емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження, проведене в рамках цієї роботи, було спрямоване на вивчення психологічних особливостей соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій. Основну увагу було приділено оцінці рівня посттравматичних проявів, психологічної стійкості, емоційного стану, соціальної адаптації та суб'єктивного відчуття соціальної підтримки в умовах післявоєнної реінтеграції. Актуальність даного дослідження обумовлена необхідністю визначення психологічних чинників, що впливають на ефективність реабілітаційних заходів, а також встановлення взаємозв'язків між основними психологічними показниками, які характеризують адаптаційні процеси в учасників бойових дій.

У вибірку дослідження було включено учасників бойових дій, які перебували на етапі соціально-психологічної реабілітації в реабілітаційних центрах, військових госпіталях та центрах підтримки ветеранів. Кількість учасників становила від 30 до 40 осіб, що дозволяє забезпечити достатню репрезентативність даних та коректну статистичну обробку результатів. Вік респондентів варіювався від 24 до 52 років, середній вік становив 36,8 років.

За статевою ознакою вибірка була нерівномірною: чоловіки становили 91% (31 особа), тоді як жінки - 9% (3 особи**)**

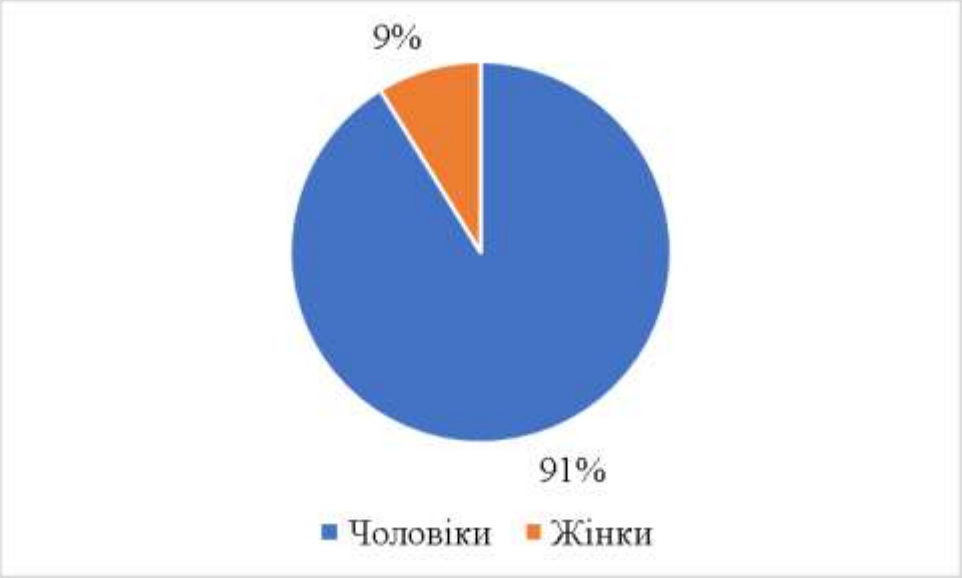


Рис. 2.1. *Гендерний розподіл респондентів*

Рис. 2.1 відображає загальну гендерну структуру військовослужбовців, залучених до бойових дій. Тривалість перебування учасників у зоні бойових дій варіювалася від 6 місяців до 4 років, що дозволило охопити осіб із різним рівнем та інтенсивністю бойового досвіду. Така варіативність є важливою для аналізу впливу тривалості бойових дій на психологічний стан, рівень адаптації та особливості соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців.

Період після повернення до мирного життя на момент проведення дослідження складав від 3 до 18 місяців**,** що відповідає критичному етапу адаптації до цивільних умов життєдіяльності. Саме в цей період у багатьох ветеранів загострюються симптоми посттравматичного стресового розладу, труднощі міжособистісної взаємодії, сімейної та професійної адаптації, що підвищує наукову та практичну значущість отриманих результатів.

Усі респонденти на момент дослідження перебували на різних етапах соціально-психологічної реабілітації**,** включаючи індивідуальне психологічне консультування, групову психотерапевтичну роботу та реабілітаційні програми, спрямовані на відновлення емоційної стабільності та соціального функціонування. Це забезпечує релевантність вибірки поставленій меті

дослідження та дозволяє розглядати отримані дані як репрезентативні для аналізу психологічних особливостей реабілітації учасників бойових дій.

Для комплексного вивчення психологічних особливостей реабілітації застосовувалося поєднання психодіагностичних, опитувальних та статистичних методів. Рівень посттравматичних проявів визначався за допомогою шкали посттравматичного стресового розладу (PCL-5 або адаптованих локальних версій), що дозволяло оцінити ступінь інтрузій, уникання та гіперзбудження у респондентів. Особливості емоційного стану аналізувалися за допомогою Шкали тривожності Спілберґера–Ханіна та, за потреби, Шкали депресії Бека, що давало змогу комплексно оцінити рівень тривожності та депресивних симптомів, які часто супроводжують процес реабілітації.

Соціально-психологічну адаптацію учасників бойових дій визначали за допомогою методики Роджерса–Даймонда, що оцінює адаптаційний рівень, прийняття себе та інших, емоційний комфорт і ступінь домінування чи залежності. Рівень психологічної стійкості оцінювався за шкалою резильєнтності Connor–Davidson (CD-RISC), яка дозволяє виміряти здатність особистості відновлюватися після стресових подій. Роль соціальної підтримки аналізувалася за допомогою багатовимірної шкали соціальної підтримки (MSPSS) або авторських анкет, що враховують підтримку з боку родини, друзів та соціальних служб. Додатково використовувалися авторські анкети для збору соціально-демографічних даних та інформації про досвід реабілітації, а також проводилися бесіди та напівструктуровані інтерв’ю для якісного аналізу суб’єктивного досвіду відновлення.

Таблиця 2.1

Модель емпіричного дослідження особливостей реабілітації учасників бойових дій

Завдання емпрічного дослідження	**Методики емпіричного дослідження**	**Показники, що будуть отримані**
Визначити рівень посттравматичних проявів у учасників бойових дій	Шкала посттравматичного стресового розладу PCL-5	Інтегральний показник ПТСР; рівні (низький, середній, високий); показники інтрузії, уникання, гіперзбудження
Дослідити особливості емоційного стану (тривожність, депресивність)	Шкала тривожності Спілберґера-Ханіна; Шкала депресії Бека (BDI)	Рівень реактивної та особистісної тривожності; ступінь вираженості депресивних симптомів
Оцінити рівень соціально-психологічної адаптації	Методика соціально-психологічної адаптації Роджерса - Даймонда	Інтегральний показник адаптації; прийняття себе й інших; емоційний комфорт; домінування/залежність
Визначити рівень психологічної стійкості (резильєнтності)	Шкала резильєнтності Connor–Davidson (CD-RISC-10)	Інтегральний показник резильєнтності; рівні психологічної стійкості (низький, середній, високий)
Дослідити рівень суб’єктивно сприйманої соціальної підтримки	Багатовимірна шкала соціальної підтримки MSPSS	Інтегральний рівень соціальної підтримки; підтримка родини, друзів, соціальних інституцій

Обробка отриманих даних здійснювалася із застосуванням описової статистики, що включала розрахунок середніх значень та відсоткових розподілів. Для встановлення взаємозв'язків між психологічними показниками застосовувався кореляційний аналіз із використанням коефіцієнтів r-Пірсона або ρ-Спірмена. Проводився порівняльний аналіз між групами учасників із різним рівнем адаптації. Статистична обробка здійснювалася з використанням програм SPSS, Statistica та Excel.

Очікувалося, що результати дослідження дозволять виявити групи ризику з високим рівнем посттравматичних проявів, встановити зв'язок між психологічною стійкістю та успішністю соціально-психологічної реабілітації, а також підтвердити значущу роль соціальної підтримки у процесі відновлення. Отримані дані мали слугувати обґрунтуванням необхідності комплексних реабілітаційних програм, які враховують індивідуально-психологічні особливості учасників бойових дій, що значно підвищує ефективність соціально-психологічної реінтеграції.

Емпіричне дослідження було організоване та проведене на базі КНП «Ємільчинська лікарня», який здійснює комплексну соціально-психологічну допомогу учасникам бойових дій. Обрана установа забезпечує надання психологічної підтримки, психокорекційних та реабілітаційних заходів військовослужбовцям після повернення з зони бойових дій, що зумовило доцільність проведення дослідження саме на їхній базі.

Висновки до розділу 2

У другому розділі роботи було обґрунтовано методологічні засади дослідження психічного стану учасників бойових дій та визначено організаційні особливості емпіричного вивчення їх соціально-психологічної реабілітації.

1. Систематизовано сучасні підходи до психодіагностики посттравматичного стресового розладу, тривожних і депресивних станів, рівня стресу та розладів сну. Встановлено, що використання

стандартизованих і валідизованих методик (PCL-5, CAPS-5, PHQ-9, BDI, GAD-7, HADS, PSQI, PSS та ін.) забезпечує об’єктивність оцінювання психічного стану, дозволяє визначити ступінь вираженості симптомів і їхній вплив на повсякденне функціонування особистості. Комплексне застосування кількох інструментів сприяє більш точній діагностиці, виявленню супутніх розладів та формуванню індивідуалізованих програм психологічної допомоги. Наголошено, що оцінка психічного стану має здійснюватися з урахуванням етичних принципів, психологічної безпеки респондентів та вимог чинних клінічних протоколів.

2. Охарактеризовано організацію емпіричного дослідження, визначено вибірку, етапи проведення та комплекс застосованих психодіагностичних методик. Дослідження охопило 34 учасників бойових дій, які перебували на етапі соціально-психологічної реабілітації. Вибірка характеризується варіативністю віку, тривалості перебування в зоні бойових дій та періоду після повернення до мирного життя, що забезпечує можливість аналізу впливу цих чинників на психологічний стан та адаптаційні процеси.

3. Методичний інструментарій дослідження включав оцінку рівня посттравматичних проявів, тривожності, депресивності, соціально-психологічної адаптації, резильєнтності та суб’єктивно сприйманої соціальної підтримки. Поєднання кількісних (психометричні шкали, статистичний аналіз) і якісних методів (бесіди, напівструктуровані інтерв’ю) забезпечило комплексність аналізу та підвищило надійність отриманих результатів. Використання методів описової статистики та кореляційного аналізу дозволяє виявити взаємозв’язки між ключовими психологічними показниками та визначити чинники, що впливають на успішність реабілітації.

Таким чином, розроблена методологія дослідження є науково обґрунтованою, комплексною та адекватною поставленій меті. Вона створює підґрунтя для подальшого аналізу отриманих емпіричних даних, виявлення закономірностей перебігу адаптаційних процесів та формування практичних

рекомендацій щодо підвищення ефективності соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій.

РОЗДІЛ 3
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

3.1. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження

Для оцінки інтенсивності посттравматичних симптомів у учасників бойових дій було застосовано шкалу PCL-5, що відповідає діагностичним критеріям DSM-5 та широко використовується у клінічних і наукових дослідженнях ПТСР. Респонденти продемонстрували різний рівень вираженості посттравматичної симптоматики (рис. 3.1).

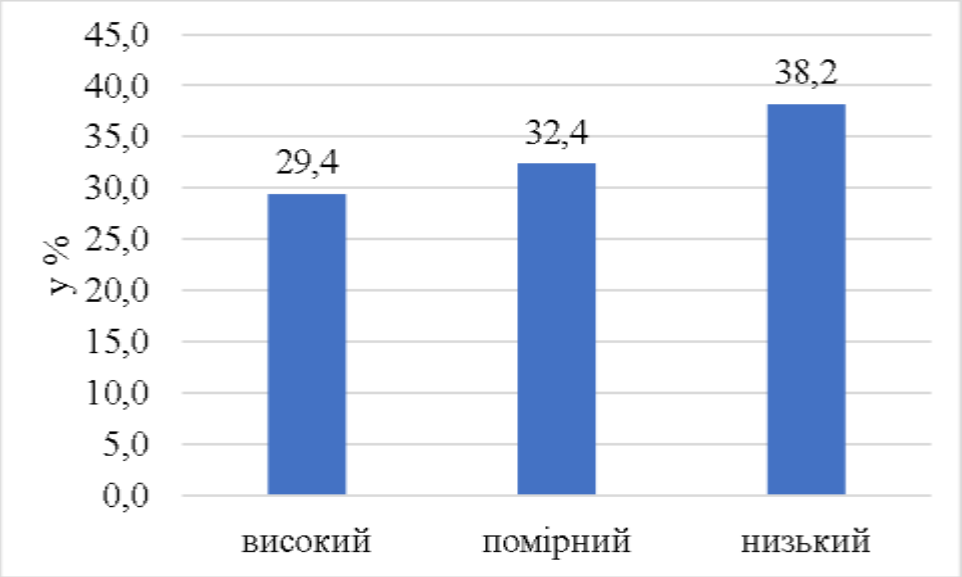


Рис. 3.1. *Показники рівня ПТСР серед респондентів*

Аналіз отриманих даних показав, що у 29,4% респондентів виявляється високий рівень посттравматичних проявів, що свідчить про наявність інтенсивних і стійких симптомів ПТСР, зокрема нав'язливих спогадів, гіперзбудження, емоційної лабільності та порушень сну. Ця група респондентів перебуває у зоні підвищеного психологічного ризику та потребує комплексного психотерапевтичного втручання.

Помірний рівень посттравматичних симптомів виявлено у 32,4% опитуваних**.** Для цієї групи характерні часткові або періодичні прояви ПТСР, які можуть загострюватися за умов додаткового стресового навантаження або труднощів соціальної адаптації. Незважаючи на менш виражену симптоматику порівняно з групою високого рівня, такі респонденти також потребують цілеспрямованої психологічної підтримки.

Низький рівень посттравматичних проявів зафіксовано у 38,2% респондентів**,** що свідчить про відносно збережену адаптацію до наслідків бойового досвіду. Водночас навіть у цій підгрупі можуть спостерігатися окремі залишкові симптоми психотравматичного стресу, які не досягають клінічної вираженості, але потребують профілактичної уваги.

Середній інтегральний показник за шкалою PCL-5 у вибірці становив M = 42,6 при стандартному відхиленні SD = 11,4**,** що відповідає клінічно значущому рівню симптоматики для значної частини респондентів. Діапазон індивідуальних значень свідчить про варіативність психотравматичних реакцій, обумовлену як тривалістю бойового досвіду, так і індивідуальними психологічними ресурсами.

Узагальнення результатів показало, що 21 особа із 34 (76,5%) мають клінічно або субклінічно значущі прояви посттравматичного стресу, що підтверджує високу поширеність ПТСР-симптоматики серед учасників бойових дій та обґрунтовує необхідність системного соціально-психологічного та психореабілітаційного втручання.

Емоційний стан учасників бойових дій оцінювався за допомогою шкали тривожності Спілберґера–Ханіна, яка дозволяє диференціювати реактивну та особистісну тривожність. Середній показник реактивної тривожності у вибірці (рис. 3.2) становив 46,2 при стандартному відхиленні 8,1, що свідчить про виражене ситуативне емоційне напруження, яке активується навіть у безпечних умовах. Середній рівень особистісної тривожності склав 48,7 при стандартному відхиленні 7,6, що відображає

стабільно підвищену емоційну чутливість та схильність до тривожних переживань як особистісну характеристику.

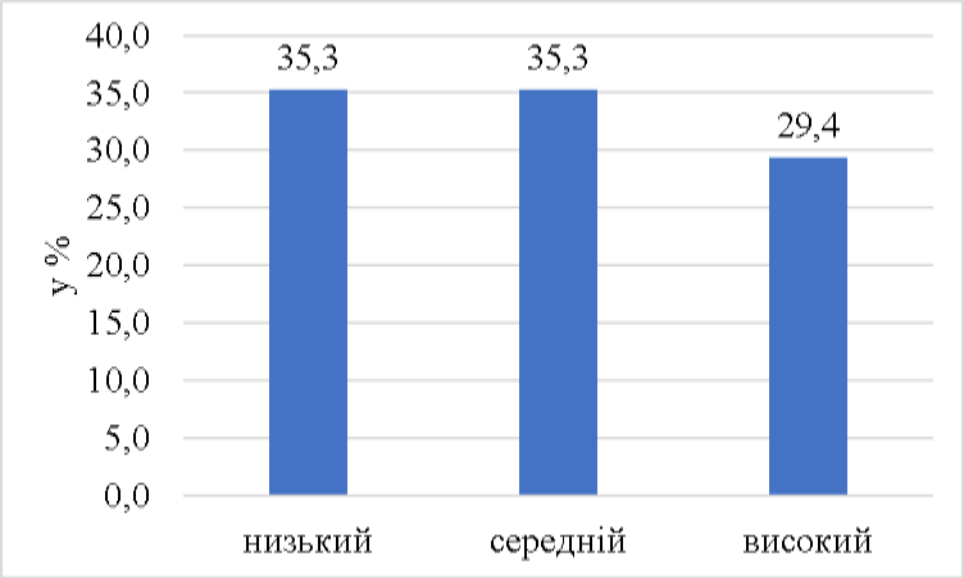


Рис. 3.2. *Показники рівня тривожності за шкалою Спілбергера–Ханіна*

За результатами оцінки інтенсивності тривожності (рис.3.2), високий рівень проявів був зафіксований у 10 осіб, що становить 29,4% від усієї вибірки. Помірний рівень тривожності спостерігався у 12 респондентів, або 35,3%, тоді як низький рівень зареєстровано у 12 осіб, що становить 35,3% від загальної кількості учасників. Отже, 22 респонденти із 34, або 70,6%, перебувають у стані підвищеного або помірного емоційного напруження, що свідчить про поширеність хронічної тривожності серед військовослужбовців після бойового досвіду.

Отримані результати підкреслюють, що значна частина учасників дослідження відчуває стійке психоемоційне напруження, яке може ускладнювати процес психоемоційного відновлення, знижувати ефективність адаптаційних стратегій та впливати на якість соціальних взаємодій і сімейних стосунків. Це обґрунтовує необхідність системного психологічного супроводу та психокорекційних заходів, спрямованих на зниження рівня тривожності та формування навичок емоційної саморегуляції.

Рівень соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій оцінювався за методикою Роджерса–Даймонда, яка дозволяє комплексно

визначити здатність особистості до пристосування у соціальному та емоційному вимірах після пережитого бойового досвіду. Середній інтегральний показник адаптації у вибірці становив 58,4 при стандартному відхиленні 10,2, що свідчить про помірний рівень загальної адаптації серед більшості респондентів .

Рівень соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій оцінювався за методикою Роджерса–Даймонда, яка дозволяє комплексно визначити здатність особистості до пристосування у соціальному та емоційному вимірах після пережитого бойового досвіду. Середній інтегральний показник адаптації у вибірці становив 58,4 при стандартному відхиленні 10,2, що свідчить про помірний рівень загальної адаптації серед більшості респондентів (рис. 3.3).

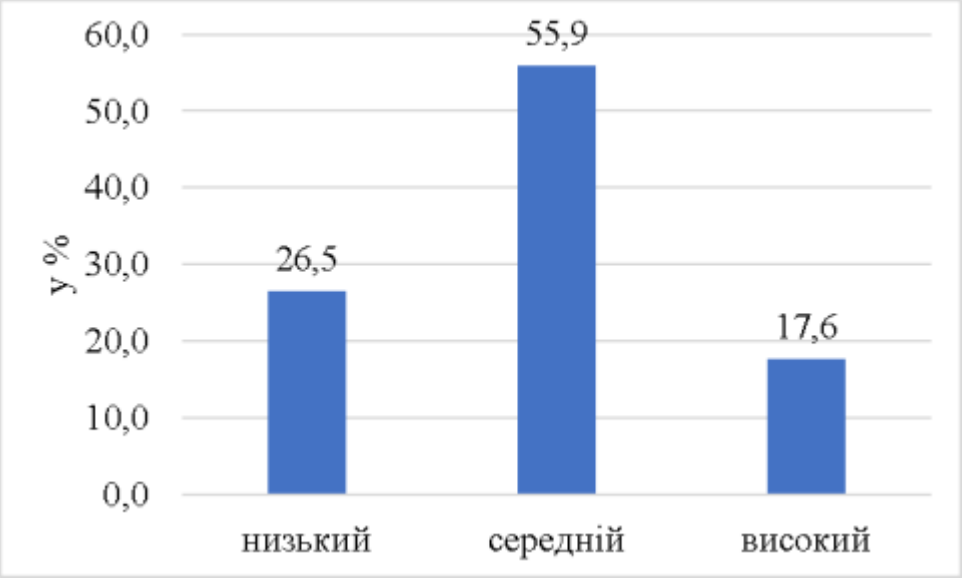


Рис. 3.3. *Рівень адаптації респондентів, які проходять реабілітацію*

За категоріями рівня адаптації низький рівень було виявлено у 9 осіб, що становить 26,5% вибірки. Ця підгрупа характеризується значними труднощами у внутрішній стабілізації, прийнятті нових умов мирного життя та встановленні ефективних міжособистісних контактів.

Середній рівень адаптації спостерігався у 19 респондентів, або 55,9%, що свідчить про часткову адаптацію: учасники можуть виконувати соціальні

функції, але одночасно відчувають психологічне напруження, тривогу та емоційні коливання.

Високий рівень адаптації було зафіксовано у 6 осіб, що складає 17,6% вибірки; ці респонденти демонструють достатню здатність до соціальної інтеграції, стабільності емоційного стану та конструктивного реагування на життєві зміни.

Найнижчі середні значення серед окремих шкал методики були зафіксовані за показником емоційного комфорту, який становив 52,3 при стандартному відхиленні 11,1. Це свідчить про труднощі внутрішньої стабілізації, прийняття нового способу життя та формування відчуття безпеки після повернення з зони бойових дій.

Таким чином, 28 респондентів із 34 (82,4%) мають недостатній або середній рівень соціально-психологічної адаптації, що вказує на значну частку учасників бойових дій, які потребують цілеспрямованого психологічного супроводу та корекційних заходів для підвищення здатності до інтеграції у мирне життя та стабілізації емоційного стану.

Отримані дані підтверджують, що процес адаптації після бойового досвіду є тривалим та багатовимірним, а його ефективність значною мірою залежить від рівня емоційного комфорту, розвитку внутрішніх ресурсів та соціальної підтримки.

Рівень психологічної стійкості учасників бойових дій оцінювався за допомогою шкали Connor–Davidson (CD-RISC-10), яка дозволяє виміряти здатність особистості протистояти стресовим чинникам, долати труднощі та зберігати функціональну ефективність у складних життєвих ситуаціях. У вибірці середній інтегральний показник резильєнтності становив 26,8 при стандартному відхиленні 6,4**,** що відповідає помірному рівню психологічної стійкості серед більшості респондентів.

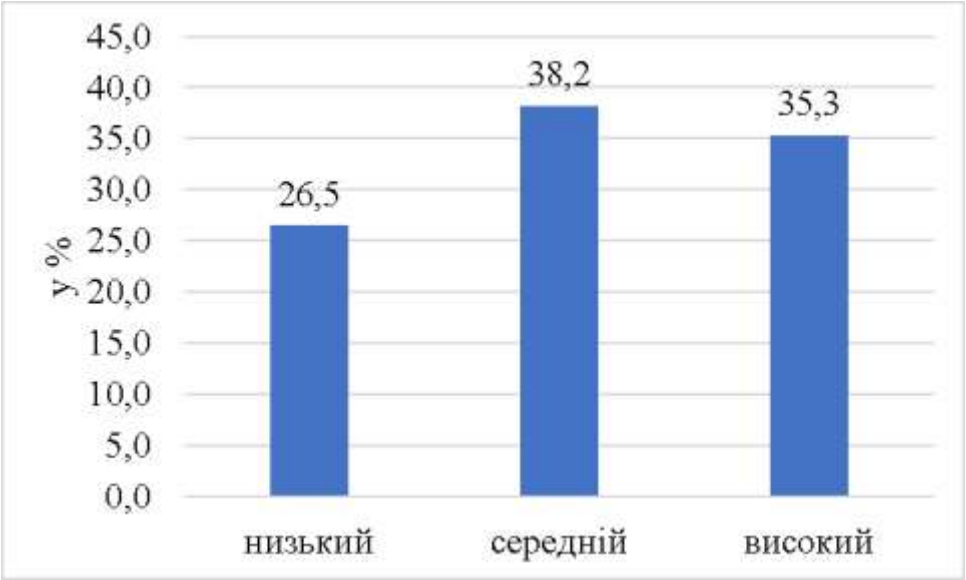


Рис. 3.4. *Рівень резильєнтності респондентів, які проходили реабілітацію*

За категоріями рівня резильєнтності низький показник було виявлено у 9 осіб (26,5%), що становить майже третину вибірки. Ця група характеризується підвищеною психологічною вразливістю, схильністю до емоційного виснаження та зниженим ресурсом для подолання стресових ситуацій.

Середній рівень психологічної стійкості спостерігався у 13 учасників (38,2%**)**, які демонструють достатній потенціал для адаптації до нових умов, але водночас потребують підтримки у розвитку навичок подолання стресу та регуляції емоційного стану.

Високий рівень резильєнтності було зафіксовано у 12 респондентів (35,3%), які характеризуються стійкістю до стресових факторів, здатністю зберігати ефективність у складних умовах та високим рівнем внутрішніх ресурсів для адаптації.

Отримані дані свідчать про наявність у вибірці як вразливих груп, які потребують цілеспрямованого психологічного супроводу, так і ресурсних груп, здатних до самостійного подолання стресових ситуацій. Така диференціація є принципово важливою для індивідуалізації реабілітаційних програм, оскільки дозволяє спрямувати психокорекційні та

психопрофілактичні заходи відповідно до рівня психологічної стійкості конкретного учасника бойових дій.

Узагальнення результатів показало, що 22 осіб із 34 (64,7%) перебувають у групах із середнім або високим рівнем психологічної стійкості, тоді як майже третина вибірки (9 осіб, 35,3%) потребує додаткової підтримки для розвитку резильєнтності та зниження ризику психологічної дезадаптації.

Рівень суб'єктивно сприйманої соціальної підтримки учасників бойових дій оцінювався за допомогою шкали MSPSS, яка дозволяє визначити, наскільки респонденти відчувають підтримку з боку родини, друзів та соціальних інституцій.

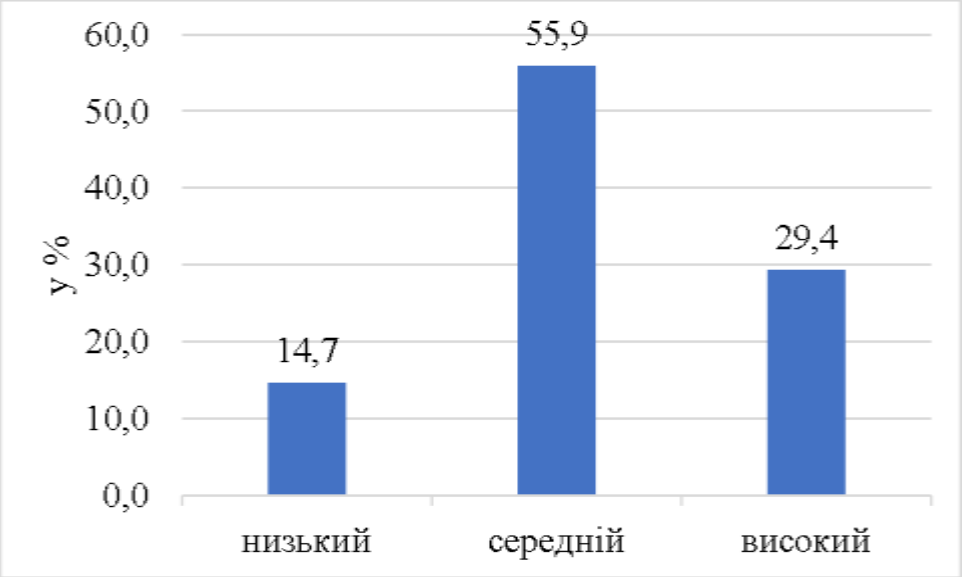


Рис. 3.5. *Рівень соціальної підтримки респондентів, які проходять реабілітацію*

Категоризація рівня сприйманої підтримки показала, що високий рівень соціальної підтримки має 5 респондентів (14,7%), які відчувають достатню допомогу та турботу з боку родини та близького оточення, що сприяє більш ефективному психологічному відновленню. Середній рівень підтримки зафіксовано у 15 осіб (55,9%), які отримують певну підтримку, проте її інтенсивність і стабільність недостатні для повного зниження емоційного напруження та стресу. Низький рівень суб'єктивно сприйманої підтримки виявлено у 10 респондентів (29,4%), для яких відсутність

значущого соціального ресурсу може посилювати відчуття ізоляції, стресову вразливість та труднощі в процесі адаптації до мирного життя.

Аналіз інтегральних показників свідчить, що найбільш високі середні значення спостерігаються за шкалою підтримки з боку родини, які становили M = 5,1 при стандартному відхиленні SD = 1,2**,** що свідчить про наявність стабільного та значимого джерела підтримки для більшості учасників. Показники підтримки з боку друзів були дещо нижчими **(**M = 4,6; SD = 1,3**),** тоді як найнижчі значення зафіксовано за шкалою підтримки з боку соціальних служб та інституцій (M = 3,8; SD = 1,4**)**, що відображає обмежену ефективність формальних джерел підтримки в умовах психологічної реабілітації.

Таким чином, результати дослідження свідчать, що неформальні джерела підтримки, зокрема родина та друзі, відіграють провідну роль у процесі психологічного відновлення, тоді як підтримка з боку соціальних служб і інституцій оцінюється значно нижче. Це підкреслює важливість залучення родини та близького оточення у програми соціально-психологічної реабілітації, а також необхідність розвитку системи формальної підтримки для тих ветеранів, які відчувають її дефіцит.

Кореляційний аналіз здійснювався із використанням коефіцієнта Пірсона (r)**.** Аналіз результатів дозволив визначити статистично значущі взаємозв’язки між рівнем посттравматичного стресу, соціально-психологічною адаптацією, психологічною стійкістю та суб’єктивно сприйманою соціальною підтримкою

Таблиця 3.1

Кореляційні зв’язки між основними психологічними показниками (n = 34)

Показники	1. ПТСР	2. Резильєнтність	3. Соціальна підтримка	4. Соціально-психологічна адаптація
1. Рівень ПТСР	1	–0,58**	–0,49**	–0,62**
2. Резильєнтність	–0,58**	1	0,54**	0,65**
3. Соціальна підтримка	–0,49**	0,54**	1	0,60**
4. Соціально-психологічна адаптація	–0,62**	0,65**	0,60**	1

Примітка: ** – кореляція статистично значуща при $p \leq 0,01$.

Було виявлено потужний негативний зв’язок між рівнем ПТСР та соціально-психологічною адаптацією**,** який характеризується коефіцієнтом r=–0,62 при рівні значущості $p \leq 0,01$. Це свідчить про те, що збільшення інтенсивності посттравматичних симптомів супроводжується суттєвим зниженням адаптованості до умов мирного життя. Подібна тенденція спостерігається і між рівнем ПТСР та психологічною стійкістю (резильєнтністю), для якої коефіцієнт Пірсона склав $r = –0,58$ при $p \leq 0,01$, що демонструє зворотну залежність: більш виражені посттравматичні прояви асоціюються зі зниженням внутрішніх ресурсів для подолання стресу.

Водночас позитивні кореляційні зв’язки були зафіксовані між рівнем резильєнтності та соціально-психологічною адаптацією ($r = 0,65$; $p \leq 0,01$), що вказує на те, що учасники бойових дій із високим рівнем психологічної стійкості демонструють кращу здатність до адаптації у мирному житті. Також виявлено позитивну взаємозалежність між суб’єктивно сприйманою

соціальною підтримкою та рівнем адаптації ($r = 0,60$; $p \leq 0,01$), що підтверджує важливість соціальних ресурсів, особливо підтримки родини та друзів, у процесі відновлення психологічного функціонування.

Одночасно соціальна підтримка демонструє помірний негативний зв'язок із рівнем посттравматичного стресу ($r = –0,49$; $p \leq 0,01$), що свідчить про те, що підвищення відчуття підтримки асоціюється зі зниженням інтенсивності посттравматичних проявів. Цей результат підкреслює роль соціальної підтримки як фактору зменшення психотравматичного навантаження та сприяння адаптації після бойових дій.

Отримані дані дозволяють стверджувати, що між рівнем посттравматичного стресу, психологічною стійкістю, соціальною підтримкою та соціально-психологічною адаптацією існують стійкі та статистично значущі взаємозв'язки, які мають практичне значення для розробки індивідуалізованих програм психологічної реабілітації та соціально-психологічного супроводу ветеранів.

Проведене дослідження підтвердило, що учасники бойових дій демонструють значну варіативність психологічного стану та рівня соціально-психологічної адаптації після повернення до мирного життя. Результати свідчать про поширеність посттравматичних симптомів, включно з підвищеною тривожністю, емоційною нестабільністю та труднощами у відновленні повсякденних соціальних функцій, що узгоджується з висновками сучасних досліджень щодо впливу бойового досвіду на психіку військовослужбовців .

Рівень психологічної стійкості учасників бойових дій відіграє важливу роль у процесі адаптації, оскільки стійкі індивіди здатні ефективніше мобілізувати внутрішні ресурси та протидіяти стресовим чинникам, що підтверджується концепцією резильєнтності як ключового чинника подолання травматичного досвіду.

Соціально-психологічна адаптація виявилася тісно пов'язаною з рівнем суб'єктивно сприйманої підтримки, особливо з боку родини та близького

оточення, що підтверджує теоретичні положення про важливість соціальних ресурсів для психологічного відновлення після травматичних подій . Водночас підтримка з боку формальних соціальних інститутів оцінюється значно нижче, що підкреслює необхідність підсилення системи професійної допомоги ветеранам.

Кореляційний аналіз продемонстрував взаємозв'язок між психотравматичними проявами, психологічною стійкістю, соціальною підтримкою та соціально-психологічною адаптацією, що відповідає сучасним моделям інтегративної адаптації військовослужбовців після бойових дій.

Отримані дані свідчать, що успішна адаптація визначається як внутрішніми ресурсами особистості, так і зовнішніми соціальними ресурсами, а висока інтенсивність психотравматичних симптомів та недостатня соціальна підтримка можуть істотно ускладнювати відновлення.

Таким чином, результати дослідження підтверджують актуальність комплексних соціально-психологічних і психокорекційних програм для учасників бойових дій, що включають роботу над резильєнтністю, розвиток навичок емоційної регуляції та залучення соціальних ресурсів, і відповідають сучасним теоретичним підходам до реабілітації військовослужбовців після травматичного досвіду.

3.2. Програма соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій

Програма соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій розроблена як цілісна система психологічної допомоги, спрямована на відновлення психоемоційного стану, зниження проявів посттравматичного стресового розладу, зміцнення психологічної стійкості та покращення соціально-психологічної адаптації в умовах мирного життя. Її концептуальною основою є біопсихосоціальний підхід, який передбачає одночасну роботу з травматичним досвідом, внутрішніми ресурсами особистості та зовнішнім соціальним середовищем. Програма ґрунтується на

результатах проведеного емпіричного дослідження, згідно з якими у 76,5% учасників бойових дій виявлено клінічно або субклінічно значущі прояви ПТСР, а також встановлено взаємозв'язок між зниженням посттравматичної симптоматики та підвищенням рівня соціально-психологічної адаптації й резильєнтності.

Реалізація програми передбачає поетапну організацію реабілітаційного процесу. Початковий етап має діагностично-мотиваційний характер і спрямований на комплексну оцінку психоемоційного стану учасників, визначення індивідуальних потреб та формування мотивації до участі в реабілітації. На цьому етапі проводиться психодіагностика рівня посттравматичних проявів, тривожності, депресії, резильєнтності, соціальної підтримки та адаптації, а також індивідуальні консультації, під час яких встановлюється терапевтичний контакт і створюється безпечний психологічний простір. Важливою складовою є психоедукація, що допомагає учасникам усвідомити природу травматичних реакцій, нормалізувати власні переживання та знизити рівень внутрішньої напруги.

Наступний етап має психотерапевтичну спрямованість і передбачає цілеспрямовану роботу зі зменшення симптомів ПТСР. У процесі реабілітації застосовуються методи когнітивно-поведінкової терапії, які дозволяють ідентифікувати та трансформувати дезадаптивні переконання, пов'язані з травматичним досвідом, зменшити інтенсивність інтрузій та уникання, а також скоригувати негативні зміни у когніції та настрої. Значна увага приділяється роботі з гіперзбудженням через опанування технік релаксації, дихальних вправ, майндфулнес-практик і медитативних технік, що сприяють стабілізації емоційного стану. Паралельно здійснюється зниження рівня тривожності та депресивних проявів, що часто супроводжують посттравматичні розлади, шляхом формування навичок емоційної регуляції та конструктивного подолання стресу.

Важливим компонентом програми є розвиток внутрішніх ресурсів особистості, зокрема резильєнтності. Робота у цьому напрямі спрямована на

формування гнучкості мислення, здатності адаптуватися до змін, відновлюватися після стресових подій та зберігати психологічну рівновагу в складних життєвих ситуаціях. Учасники опановують навички саморегуляції, вчаться розпізнавати власні емоційні реакції, управляти імпульсивністю та формувати ефективні поведінкові стратегії. Це забезпечує ресурсну основу для подальшої соціальної адаптації та знижує ризик повторної дезадаптації.

Окремий напрям програми стосується зміцнення зовнішніх ресурсів, насамперед соціальної підтримки. Соціальна складова реалізується через групи підтримки ветеранів, сімейне консультування та залучення до соціально значущої діяльності. Такий підхід сприяє відновленню соціальних ролей, покращенню міжособистісних стосунків і формуванню відчуття приналежності до спільноти. Підвищення рівня суб'єктивно сприйманої соціальної підтримки розглядається як один із ключових чинників профілактики хронізації посттравматичних проявів та стабілізації емоційного стану.

Моніторинг ефективності програми здійснюється шляхом регулярної повторної психодіагностики, що дозволяє відстежувати динаміку змін у психоемоційному стані учасників. Порівняння показників до та після проходження реабілітації дає можливість оцінити ступінь зниження симптомів ПТСР, рівень тривожності й депресії, а також зміни у показниках резильєнтності та соціально-психологічної адаптації. Отримані результати використовуються для індивідуального коригування терапевтичних втручань і визначення потреби в подальшому супроводі.

Завершальний етап програми передбачає підбиття підсумків реабілітації, формування рекомендацій щодо самопідтримки та визначення осіб групи ризику, які потребують пролонгованої психологічної допомоги. Учасникам надаються індивідуальні поради щодо збереження досягнутих результатів, підтримання емоційної стабільності та подальшої соціальної інтеграції.

Очікуваними результатами впровадження програми є зниження інтенсивності посттравматичної симптоматики, зменшення рівня емоційної напруги, підвищення психологічної стійкості, зміцнення соціальних зв'язків та покращення загальної якості життя. Комплексний характер програми забезпечує системний вплив на всі ключові аспекти функціонування особистості, що сприяє стійкій адаптації учасників бойових дій до умов мирного життя та підвищує ефективність їх соціально-психологічної реінтеграції.

Висновки до розділу 3

Проведене емпіричне дослідження психологічних особливостей соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій, дозволило зробити наступні висновки:

Проведене дослідження показало, що більшість учасників бойових дій мають стійкі прояви психоемоційного напруження та потребують комплексного психологічного супроводу. Понад три чверті респондентів (76,5%) демонструють клінічно або субклінічно значущі симптоми ПТСР, а 70,6% перебувають у стані підвищеного або помірного рівня тривожності.

Соціально-психологічна адаптація більшості респондентів (82,4%) залишається низькою або середньою, що вказує на труднощі інтеграції у мирне життя та стабілізації емоційного стану. Рівень психологічної стійкості у більшості учасників дослідження є середнім або високим (64,7%), однак майже третина респондентів потребує додаткової підтримки для розвитку внутрішніх ресурсів.

Суб'єктивно сприймана соціальна підтримка у більшості випадків носить середній характер (55,9%), при цьому лише 14,7% учасників відчувають високий рівень підтримки, а 29,4% мають її дефіцит. Родинні та дружні зв'язки відіграють ключову роль у процесі відновлення, тоді як формальні соціальні інституції забезпечують обмежену допомогу.

Кореляційний аналіз показав, що високий рівень ПТСР пов’язаний зі зниженням адаптації, психологічної стійкості та соціальної підтримки, тоді як внутрішні та зовнішні ресурси позитивно впливають на процес соціальної інтеграції та психологічного відновлення.

Узагальнено, дослідження підтвердило необхідність комплексного підходу до реабілітації ветеранів, що включає зниження посттравматичної симптоматики, розвиток резильєнтності, формування навичок емоційної саморегуляції та активне залучення соціального оточення

Узагальнена модель показує, що соціально-психологічна реабілітація знижує прояви ПТСР, підвищує резильєнтність і активізує соціальну підтримку, що у сукупності покращує соціально-психологічну адаптацію та пояснює понад 70% варіативності адаптаційних процесів. Статистично значущі взаємозв’язки підтверджують, що ефективність реабілітації визначається інтенсивністю посттравматичних проявів, рівнем психологічної стійкості та наявністю соціальної підтримки. Отримані дані свідчать, що реабілітаційні програми повинні включати цілеспрямовану роботу з симптомами ПТСР, тренінги розвитку резильєнтності, сімейно-орієнтовані форми підтримки та розширення мережі формальної соціальної допомоги. Таким чином, результати дослідження статистично підтверджують позитивний вплив соціально-психологічної реабілітації на психічний стан учасників бойових дій, проявляючися у зниженні посттравматичної симптоматики, підвищенні психологічної стійкості та покращенні соціально-психологічної адаптації, що робить результати науково обґрунтованими та практично релевантними для вдосконалення програм психологічної допомоги ветеранам.

ВИСНОВКИ

На основі проведеного теоретичного аналізу, емпіричного дослідження та отриманих результатів можна сформулювати наступні висновки:

1. Проведений аналіз наукових підходів до проблеми соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дійзасвідчив, що соціально-психологічна реабілітація є багаторівневим і міждисциплінарним процесом, який поєднує медичні, психологічні, соціальні та військово-професійні заходи. Її основна мета полягає у відновленні психічної рівноваги, розвитку навичок саморегуляції, подоланні наслідків травматичного досвіду та забезпеченні успішної соціальної інтеграції ветеранів. Встановлено, що ефективність реабілітації значною мірою залежить від своєчасності надання допомоги, індивідуалізації програм, активної участі сім'ї та соціального оточення, а також від урахування психологічних особливостей учасників бойових дій.

2. Теоретичний та емпіричний аналіз показав, що участь у бойових діях формує комплексні психотравмуючі чинники, які проявляються як бойовий стрес та посттравматичний стресовий розлад. Психологічні наслідки бойового досвіду включають емоційну відстороненість, гіперзбудливість, нав'язливі спогади, порушення концентрації уваги та сну, а також труднощі в міжособистісних взаємодіях і соціально-психологічній адаптації. Особливу роль відіграє моральна травма, що підриває систему цінностей та формує почуття провини й сорому.

3. Результати дослідження психологічних чинників соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій, зокрема рівня посттравматичного стресу, психологічної стійкості, соціальної підтримки та соціально-психологічної адаптації засвідчили, що ці чинники мають ключове значення для успішності реабілітаційного процесу. ПТСР негативно корелює із соціально-психологічною адаптацією та психологічною стійкістю, тоді як резильєнтність і соціальна підтримка позитивно впливають на адаптаційні процеси. Встановлено, що понад 70% варіативності соціально-психологічної

адаптації учасників бойових дій пояснюється взаємодією цих факторів, що підкреслює їхню практичну значущість для планування реабілітаційних програм.

4. Кореляційний аналіз взаємозв'язків між психологічними показниками у вибірці учасників бойових дій виявив статистично значущі залежності: вищий рівень посттравматичних проявів пов'язаний зі зниженням соціально-психологічної адаптації та резильєнтності, тоді як психологічна стійкість позитивно впливає на адаптаційні можливості особистості. Водночас соціальна підтримка сприяє покращенню адаптації та має обернений зв'язок із вираженістю посттравматичної симптоматики. Отримані результати засвідчують, що ефективність соціально-психологічної реабілітації зумовлюється поєднанням внутрішніх ресурсів особистості та зовнішньої підтримки соціального оточення.

5. На підставі отриманих даних рекомендовано включати в реабілітаційні програми цілеспрямовану роботу з симптомами ПТСР, тренінги розвитку психологічної стійкості, сімейно-орієнтовані форми підтримки та розширення мережі формальної соціальної допомоги. Комплексний підхід, що поєднує індивідуальні ресурси, соціальну підтримку та професійні заходи, забезпечує підвищення результативності адаптаційного процесу та зменшення психотравматичних проявів.

Отже, результати дослідження підтверджують гіпотезу про існування статистично значущих взаємозв'язків між рівнем посттравматичного стресу, психологічною стійкістю, соціальною підтримкою та соціально-психологічною адаптацією. Вони свідчать про практичну значущість цих факторів для розробки індивідуалізованих програм соціально-психологічної реабілітації та підкреслюють необхідність системного та комплексного підходу до підтримки учасників бойових дій у процесі повернення до мирного життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Blore J. D., Sim M. R., Forbes A. B., Creamer M. C., Kelsall H. L. Depression in Gulf War veterans: a systematic review and meta-analysis // *Psychological Medicine*. 2015. Vol. 45, № 8. P. 1565–1580.
2. Bray R. M., Brown J. M., Williams J. Trends in binge and heavy drinking, alcohol-related problems, and combat exposure in the U.S. military // *Substance Use & Misuse*. 2013. Vol. 48, № 10. P. 799–810.
3. Hall D. Stress, suicide, and military service during Operation Uphold Democracy // *Military Medicine*. 1996. Vol. 161, № 3. P. 159–162.
4. Oster C., Morello A., Venning A., Redpath P., Lawn S. The health and wellbeing needs of veterans: a rapid review // *BMC Psychiatry*. 2017. Vol. 17, № 1. P. 414.
5. Russell M. C., Figley C. R. *Treating traumatic stress injuries in military personnel: an EMDR practitioner's guide*. New York: Columbia University Press, 2021. 304 p.
6. Shvets A. V., Horishna O. V., Kikh A. Y., Ivantsova G. V., Gorshkov O. O., Richka O. V. Peculiarities of the organization of psycho-medical rehabilitation of servicemen in NATO member countries and Partnership for Peace countries // *Ukrainian Journal of Military Medicine*. 2021. Vol. 2, № 4. P. 26–34.
7. Copeland N. *Psychology and the Soldier: The Art of Leadership*. 4th Edition. Harrisburg, PA: The Military Service Publ. Co., 1951. 96 p.
8. Jacob F., Karner S. War and Veterans: An Introduction // In: F. Jacob & S. Karner (Eds.), *War and Veterans: Treatment and Reintegration of Soldiers in Post-War Societies* (p. 1–19). 2020. Verlag Ferdinand Schöningh.
9. Shudofsky L., Ballan M. S. Project for return and opportunity in veterans education (PROVE): an innovative clinical social work field education model // *Clinical Social Work Journal*. 2018. No 46. P. 121–129.
10. Spitzer R. L., Kroenke K., Williams J. B. W. *A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder*. 2006. 166 p.

11. T. Comparative analysis of social services provided to female combatants and veterans in Ukraine and abroad // In: *Society. Integration. Education*. Proceedings of the International Scientific Conference. 2021. P. 243–253.

12. Tsurkan-Saifulina Y. U. Social and psychological rehabilitation of war veterans // *Sci Bull Mukachevo State Univ Series Pedagogy Psychol*. 2022. No. 8. P. 96–104.

13. Facundo R. Veterans Helping Veterans: Reflections on 10 Years of Community Engagement // *Journal of General Internal Medicine*. 2022. No 37 (1). P. 85–87.

14. Агаєв Н. А. *Екологічна психологія в Україні*. URL: http://ecopsy.com.ua/data/zbirki/2003_01/sb01_01.pdf (дата звернення: 20.01.2020).

15. 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 : метод. посіб.* Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.

16. *Актуальні проблеми психологічної допомоги, соціальної та медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції: матеріали міжвідомчої наук.-практ. конф.* Київ: НУОУ, 2016. 400 с.

17. Алещенко В. І. *Психологічне забезпечення миротворчої діяльності військовослужбовців Збройних Сил України: монографія*. Харків: ХУПС, 2018. 238 с.

18. Андрусишин Ю. І. *Методичні рекомендації щодо психодіагностики емоційно-вольової стійкості особистості*. Київ, 2014. 40 с.

19. Аніщенко Т. А. Роль ветеранських організацій у реінтеграції ветеранів війни // *Соціальна політика і соціальна робота*. 2019. № 3. С. 28–32.

20. Баско А. В., Собакарь А. О., Миронюк С. А. Методики реабілітації військовослужбовців, стан функціонування та розвиток

реабілітаційних центрів як один із напрямів діяльності органів місцевого самоврядування // *Rehabilitation and Recreation*. 2024. № 18 (1). С. 78–93.

21. Беляєва Н. М., Куриленко І. В., Яворовенко О. Б. та ін. Особливості визначення реабілітаційного потенціалу в учасників АТО з інвалідністю // *Вісник проблем біології і медицини*. 2018. Вип. 4, т. 2 (147). С. 320–324.

22. Беляєва Н. М., Яворовенко О. Б., Куриленко І. В. та ін. Особливості організації медико-соціальної реабілітації учасників антитерористичної операції з інвалідністю // *Вісник проблем біології і медицини*. 2018. Вип. 2, т. 2 (144). С. 332–335.

23. Бігун Н. І. *Профілактична робота в практичній психології: навч.-метод. комплекс дисципліни*. Кам'янець-Подільський: Медобори, 2017. 96 с.

24. Бондарев Г. В., Круть П. П. *Основи військової психології: навч. посіб.* Харків: ХНУВС, 2020. 272 с.

25. Бриндіков Ю. Л., Бриндіков Л. М. Характеристика істерії як різновиду посттравматичного стресового розладу в комбатантів: соціально-психологічний аспект // *Педагогічні науки*. 2017. Вип. 80, т. 3. С. 233–238.

26. Васильєва Г. В., Колєснік Н. В. Емоційні та поведінкові порушення внаслідок ПТСР // *Габітус*. 2021. Вип. 30. С. 65–69.

27. Вдовіченко О., Соколова І., Педченко О., Степанова С., Фролова О. Психологічна реабілітація і супровід ветеранів війни: досвід Ізраїлю // *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Technicznej w Katowicach*. 2023. Вип. 16. С. 107–118.

28. Лісовський П. М. *Військова психологія: методологічний аналіз: навч. посіб.* Київ: Кондор-Видавництво, 2017. 290 с.

29. Ягупов В. В. *Військова психологія: методологія, теорія та практика: підручник.* Київ, 2023. 517 с.

30. *Вказівки щодо збереження психічного здоров'я військовослужбовців в зоні застосування військ (сил) та під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів)*. Київ, 2017. 76 с.

31. Галушка А. М., Подолян Ю. В., Швець А. В., Горшков О. О. Особливості бойового травмування, що супроводжувалося акубаротравмою у військовослужбовців – учасників бойових дій // *Військова медицина України*. 2019. Т. 19, № 3. С. 56–66.

32. Голяченко А. О. *Наукове обґрунтування оптимізації системи медичної реабілітації в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.02.03 «Соціальна медицина»*. Київ, 2008. 32 с.

33. Гордієнко Є. П. Соціальна адаптація та психологічна реабілітація як засіб збереження соціального капіталу учасників бойових дій // *Актуальні проблеми державного управління*. 2019. № 2 (56). С. 208–215.

34. Гураль В. С. Ветеранські організації як суб'єкти соціальної політики // *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Соціальні та психологічні науки»*. 2018. № 12. С. 25–32.

35. Гусак Н. М. Роль ветеранських організацій у соціальній адаптації ветеранів війни // *Вісник Львівського університету. Серія «Соціологічні студії»*. 2020. № 2. С. 85–92.

36. Дідик Н. Ф. Соціально-психологічна підтримка членів родин військовослужбовців як чинник впливу на морально-психологічний стан бійця під час виконання завдань у зоні АТО // *Український психологічний журнал*. 2018. Вип. 1 (7). С. 41–56.

37. Друзь О. В. Психодіагностика посттравматичного стресового розладу у учасників локальних бойових дій // *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26, вип. 2. С. 37–43.

38. *Інноваційні підходи до організації медико-психологічної допомоги після посттравматичного стресового розладу: метод. рек.* Київ, 2014. 32 с.

39. *Інструкція про організацію санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації у Збройних Силах України: наказ Міністерства оборони України від 04.11.2016 № 591*.

40. Іщенко А. Психологія війни: як допомогти ветеранам АТО повернутися до нормального життя // *Сьогодні*. 2018. № 4. URL: https://ukr.segodnya.ua/regions/donetsk/psihologiya-voyny-kak-pomoch-veteranam-ato-vernutsyak-normalnoy-zhizni-1117099.html (дата звернення: 20.01.2020).

41. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. *Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: метод. посіб.* Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.

42. Кокун О. М., Мороз В. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. *Формування психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до виконання завдань за призначенням під час бойового злагодження: метод. посіб.* Київ: 7БЦ, 2021. 170 с.

43. Комар З. *Психологічна стійкість воїна: підручник для військових психологів*. Київ, 2017. 184 с.

44. Корольчук М. С. *Психофізіологія діяльності: підручник.* Київ: Ніка-Центр, 2003. 395 с.

45. Корольчук М. С., Крайнюк В. М. *Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах: навч. посіб.* Київ: Ніка-Центр, 2006. 580 с.

46. Корольчук О. Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні // *Інвестиції: практика та досвід*. 2016. № 17. С. 104–111.

47. Костишин Е., Грицанюк В., Шевців Ю. Досвід США щодо реінтеграції ветеранів війни до цивільного життя // *Соціальна робота та соціальна освіта*. 2024. № 1 (12). С. 11–18.

48. Кремень В. Г. та ін. *Психологія професійної діяльності офіцера: підручник.* Хмельницький: Академія ПВУ, 1999. 488 с.

49. Кримчак Л. Ю. Профілактика професійного вигорання фахівців у практиці соціальної роботи з пораненими військовослужбовцями // *Інклюзія і освіта*. 2024. № 2. С. 36–42.

50. Кузьменко К. В., Чередниченко Т. В. Визначення гострої стресової реакції, що виникла внаслідок надзвичайної ситуації // In: *Наука про цивільний захист як шлях становлення молодих вчених: матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф. курсантів і студентів* (м. Черкаси, 13 трав. 2021 р.). Черкаси, 2021. С. 191–192.

51. Лазоренко Т. М., Заболотна А. Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців операції об'єднаних сил в умовах війни // *Актуальні проблеми практичної психології*. Одеса, 2023. С. 190–195.

52. Лесков В. О. Психологічна реабілітація військовослужбовців запасу в системі мінімізації виявів негативних психологічних наслідків локальних воєнних конфліктів // *Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка*. 2006. Т. 8, вип. 3. С. 191–197.

53. Лесков В. О. *Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців із районів військових конфліктів: автореф. дис. … канд. психол. наук: 19.00.09.* Хмельницький, 2008. 20 с.

54. Лєсков В. О. Теоретичні основи соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців // *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2011. № 5–6. С. 56–60.

55. Лурін І. А. Особливості соціально-психологічної адаптації військовослужбовців – учасників бойових дій // *Проблеми сучасної психології*. 2017. № 49 (2). С. 62–70.

56. Маковський А. О., Маковська Н. Роль військового капелана у збереженні психічного здоров'я військовослужбовців // *Часопис з проблем психології*. 2023. № 2. С. 77–80.

57. *Медичні заходи з попередження пресуїцидальних форм поведінки військовослужбовців в умовах воєнного конфлікту та після його завершення.* Київ: Центр учбової літератури, 2023. 60 с.

58. Мозольов В., Ганджа В. Критерії та показники психічного здоров’я військовослужбовців Збройних Сил України // *Вісник Національного університету оборони України*. 2021. С. 144–150.

59. Назаренко І. та ін. Проблемні питання психологічної реабілітації ветеранів учасників антитерористичної операції та військовослужбовців // *Психологічний журнал*. 2022. Т. 39, № 1. С. 12–25.

60. Остапчук В., Пішко І., Лозінська Н., Кокун О. Формування психологічної стійкості військовослужбовців у бойових умовах // *Вісник психології та педагогіки*. 2018. № 1. С. 55–63.

61. Павленко О. В., Соколов О. Психологічна підготовка військовослужбовців до виконання завдань у зоні бойових дій // *Вісник медико-психологічної реабілітації*. 2019. № 3. С. 32–41.

62. Печиборщ В., Якимець В., Вороненко В., Якимець В., Печиборщ О., Никоненко А. Гарантована психологічна допомога та реабілітація військовослужбовців – складова національної безпеки // *Вісник психології і педагогіки*. 2018. № 4. С. 45–53.

63. Пшеничний С. О., Черненко В. В. Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців у контексті адаптації до цивільного життя // *Соціальна робота в Україні*. 2020. № 1. С. 21–29.

64. Руденко В. С., Кравченко О. В., Савченко М. В. Психологічна допомога ветеранам війни в системі громадських організацій // *Практична психологія і соціальна робота*. 2019. № 2. С. 55–62.

65. Савченко М. В., Литвиненко Т. І. Вплив сімейного оточення на соціально-психологічну адаптацію ветеранів // *Український психологічний журнал*. 2021. Вип. 4. С. 35–43.

66. Сидоренко В. В., Бондарчук Т. О. Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців: сучасні підходи до діагностики та терапії // *Вісник психоневрології України*. 2020. № 3. С. 77–85.

67. Сіренко П. А., Куліш С. М. Психологічна підтримка учасників бойових дій та членів їх сімей // *Психологічна наука та освіта*. 2022. № 2. С. 12–20.

68. Тимошенко О. В. Соціальна підтримка ветеранів війни в умовах реформування системи охорони здоров'я // *Вісник державного управління*. 2019. № 3. С. 58–65.

69. Федоренко В. А., Шевчук С. Психологічні аспекти посттравматичного стресового розладу у ветеранів АТО // *Практична психологія: наука та практика*. 2018. № 5. С. 44–52.

70. Якимець В., Печиборщ В., Вороненко В., Якимець В., Печиборщ О., Никоненко А. Гарантована психологічна допомога та реабілітація військовослужбовців – складова національної безпеки // *Вісник психології та педагогіки*. 2018. № 4. С. 45–53.

71. Ярошенко С. О., Литвиненко Н. Психологічна реабілітація ветеранів війни: сучасний стан і перспективи розвитку // *Соціальна психологія і суспільство*. 2022. № 1. С. 15–24.