

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ОДЕСЬКА ЮРИДИЧНА АКАДЕМІЯ»
ЦЕНТР ЗАОЧНОГО ТА ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА –
МАГІСТЕРСЬКИЙ ДОСЛІДНИЦЬКИЙ ПРОЄКТ**

053 «Психологія»

на тему:

**ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ У ПРОЦЕСІ
СОЦІАЛЬНОЇ РЕАДАПТАЦІЇ**

Виконала: здобувачка вищої освіти
2 курсу
кваліфікація магістр
галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові
науки»,
спеціальність 053 «Психологія»
Помазан Олена Валеріївна

(ПІБ)

Науковий керівник: к.ю.н.
Король Катерина Миколаївна

(ПІБ)

Рецензент: д.ю.н., професор
Корнута Людмила Михайлівна

Одеса – 2025 р.

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ОДЕСЬКА ЮРИДИЧНА АКАДЕМІЯ»

Факультет **Центр заочного та дистанційного навчання**

Кафедра **психології**

Рівень вищої освіти **магістерський**

Галузь знань **05 «Соціальні та поведінкові науки»**

(шифр і назва)

Спеціальність **053 «Психологія»**

(шифр і назва)

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри психології

д.ю.н., проф. О.М.Цільмак

«____» _____ 2025 року

З А В Д А Н Н Я НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ (магістерський дослідницький проєкт)

Понятовської Ірини

1. Тема роботи «Психологічна підтримка військовослужбовців у процесі соціальної реадaptaції» та керівник роботи: кандидат юридичних наук, викладач кафедри психології Король К.М.

- затверджені наказом НУ «ОЮА» від «__» _____ 2025 року № _____

2. Строк подання здобувачем роботи _____

3. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ З/п	Назва етапів магістерської роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
	Підготовка концепції К.Р. і затвердження плану К.Р.	IV 2025	
	Вивчення нормативного матеріалу, спеціальної літератури, аналіз та узагальнення матеріалів	V 2025	
	Написання Вступу	V-VI 2025	
	Написання 1 розділу К.Р.	VI-VIII 2025	
	Написання 2 розділу К.Р.	IX 2025	
	Написання Висновків	IX-X 2025	
	Подання К.Р. на кафедру та рецензування	X 2025	
	«Малий захист» К.Р. на кафедрі	X 2025	
	Прийняття рішення про допуск К.Р. до захисту	XI 2025	
	Захист К.Р. в ЕК	XI 2025	

Здобувачка _____
(підпис)

Олена Помазан
(прізвище та ініціали)

Керівник роботи _____
(підпис)

Катерина Король
(прізвище та ініціали)

АНОТАЦІЯ

Помазан І. В. Психологічна підтримка військовослужбовців у процесі соціальної реадaptaції. – *Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.*

Магістерське дослідження присвячене соціально-психологічній реадaptaції військовослужбовців у період повернення до мирного життя. У вступі окреслено сутність реадaptaції як керованого процесу відновлення психологічної рівноваги, цивільних ролей і соціальних зв'язків після дії травматичних чинників війни; підкреслено, що йдеться не лише про зниження симптомів, а про відновлення контролю, безпеки, сенсу та інтеграцію в сімейну, професійну й громадську сфери. Мета полягає у вивченні потреб і визначенні ефективних напрямів психологічної підтримки під час реадaptaції. Завдання реалізовано через підбір інструментарію, проведення емпіричного етапу та якісно-кількісний аналіз результатів. Через обмежений доступ до респондентів у воєнних умовах частину діагностики організовано дистанційно.

Методичний комплекс охоплював PHQ-9 для оцінки депресивної симптоматики, шкалу тривоги Бека та Міссісіпську шкалу ПТСР; інструменти підібрано цілеспрямовано для комплексної оцінки емоційного стану й адаптаційного потенціалу. За Беком виокремлено рівні тривоги від нормального до високого відповідно до шкальних інтервалів, що підтверджує потребу в системній підтримці.

Практична цінність роботи полягає у можливості впровадження окреслених рішень у діяльність освітніх закладів і служб, що надають психологічну та соціальну підтримку військовим і їхнім родинам; результати можуть слугувати підставою для індивідуалізованих планів реадaptaції – від психотерапевтичних і сімейних втручань до професійної та освітньої інтеграції.

У висновках обґрунтовано міждисциплінарну модель допомоги (психолог, психіатр, соціальний працівник, реабілітолог) з раннім

скринінгом, безперервним супроводом і залученням сім'ї. Ключовою умовою сталих результатів визначено сімейно-орієнтовану реабілітацію (психоедукація, навички підтримувальної комунікації, сімейне консультування, групи взаємодопомоги) та розвиток інституту ветеранів-наставників (peer supporters). Для масштабування й якості запропоновано підготовку кадрів, регулярні супервізії, ваучерні механізми на психотерапію/соцпослуги та державно-приватні партнерства, а також антистигматизаційні ініціативи.

Ключові слова: соціально-психологічна реабілітація, військовослужбовці, психологічна підтримка, депресія, тривога, ПТСР, сімейно-орієнтований підхід, ветерани-наставники.

SUMMARY

Pomazan I. V. Psychological support for military personnel in the process of social readaptation. – *Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.*

The master's thesis is devoted to the socio-psychological readaptation of military personnel during their return to peaceful life. The introduction outlines the essence of readaptation as a controlled process of restoring psychological balance, civilian roles and social ties after the traumatic effects of war; it emphasises that this is not only about reducing symptoms, but also about restoring control, security, meaning and integration into family, professional and social spheres. The aim is to study the needs and identify effective areas of psychological support during readaptation. The task is implemented through the selection of tools, the conduct of an empirical stage and a qualitative and quantitative analysis of the results. Due to limited access to respondents in wartime conditions, part of the diagnosis is organised remotely.

The methodological complex included PHQ-9 for assessing depressive symptoms, Beck's anxiety scale, and the Mississippi PTSD scale; the instruments were specifically selected for a comprehensive assessment of emotional state and adaptive potential. According to Beck, anxiety levels ranging from normal to high were identified in accordance with scale intervals, confirming the need for systematic support.

The practical value of the work lies in the possibility of implementing the outlined solutions in the activities of educational institutions and services that provide psychological and social support to military personnel and their families; the results can serve as a basis for individualised readaptation plans – from psychotherapeutic and family interventions to professional and educational integration.

The conclusions justify an interdisciplinary model of assistance (psychologist, psychiatrist, social worker, rehabilitation specialist) with early screening, continuous support and family involvement. Family-oriented

readaptation (psychoeducation, supportive communication skills, family counselling, mutual aid groups) and the development of the institution of veteran mentors (peer supporters) are identified as key conditions for sustainable results. To scale up and improve quality, staff training, regular supervision, voucher mechanisms for psychotherapy/social services and public-private partnerships, as well as anti-stigma initiatives, are proposed.

Key words: social and psychological rehabilitation, military personnel, psychological support, depression, anxiety, PTSD, family-oriented approach, veteran mentors.

ЗМІСТ

ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-ЕМПІРИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В ПРОЦЕСІ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАДАПТАЦІЇ	12
1.1. Загальний аналіз особливостей соціально-психологічної реадaptaції військовослужбовців.....	12
1.2. Організація та методики емпіричного дослідження.....	24
1.3. Результати емпіричного дослідження стану психологічного здоров'я та реадaptaції військовослужбовців.....	28
РОЗДІЛ 2. ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В ПРОЦЕСІ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАДАПТАЦІЇ	35
2.1. Закордонний досвід соціально-психологічної реадaptaції військовослужбовців	35
2.2. Практичні рекомендації та поради щодо психологічної підтримки військовослужбовців в процесі соціальної реадaptaції військовослужбовців	39
ВИСНОВКИ.....	45
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	48
ДОДАТКИ.....	55

ВСТУП

Актуальність теми. Війна в Україні триває, змінюючи свої форми й географію бойових дій. Упродовж майже десятиліття українські жінки й чоловіки, придатні до служби, беруть участь у різних видах воєнних операцій. Набутий у таких умовах досвід часто настільки важкий, що людина не завжди здатна самотужки його опанувати й інтегрувати. Відтак зростають ризики розвитку психічних розладів і труднощів: від посттравматичного стресового розладу, депресії, панічних станів, порушень сну до зловживання психоактивними речовинами та проблем поведінки.

Точні дані про кількість військовослужбовців із наявними чи потенційними порушеннями психічного здоров'я зазвичай не розкриваються в більшості країн, особливо під час триваючих бойових дій. Водночас, за оцінками ВООЗ, оприлюдненими у 2023 році, приблизно кожна восьма людина у світі (близько 12,5 %) має психічний розлад, а частка тих, хто перебуває у групі ризику, є ще більшою. Логічно припустити, що серед військових ці ризики ще вищі. Отже, забезпечення якісної психологічної допомоги військовослужбовцям — надзвичайно актуальне завдання для України та водночас серйозний виклик для фахівців (психологів, соціальних і медичних працівників, реабілітологів тощо), які залучені до процесів психологічного відновлення.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Дослідження впливу військової служби та участі в бойових діях на особистість нині є надзвичайно актуальним як серед вітчизняних науковців, так і серед зарубіжних фахівців. Серед них можемо виокремити наступних дослідників: М. С. Russell, С. Figley, (досліджували психічне здоров'я військовослужбовців); С. Р. Clancy, J. М. Currier (травматичні події у учасників бойових дій); С. Oster, А. Morello, А. Venning (ПСТР та інші розлади ментального здоров'я у ветеранів бойових дій); J. D. Blore, М. R. Sim (депресивні розлади у

військовослужбовців); Y. Schorr, N. R. Stein, B. T. Litz (моральні травми у військових) та ін.

Мета і завдання дослідження. *Мета* магістерського дослідження полягає у вивченні питань психологічної підтримки соціальної реадaptaції військовослужбовців.

Визначена мета зумовила постановку та вирішення таких *завдань*:

- здійснити теоретичний аналіз проблеми соціально-психологічної реадaptaції військовослужбовців;
- дослідити аналіз особливостей психічного здоров'я військовослужбовців;
- проаналізувати досвід зарубіжних країн щодо застосування методів соціально-психологічної реадaptaції військовослужбовців з метою використання такого досвіду в Україні;
- провести емпіричне дослідження стану психічного здоров'я військовослужбовців;
- розробити рекомендації соціально-психологічної реадaptaції військовослужбовців.

Об'єктом дослідження є процес психологічної підтримки військовослужбовців під час соціальної реадaptaції.

Предметом дослідження є психологічна підтримка військовослужбовців в процесі соціальної реадaptaції.

Методологічна база дослідження. Використовуватись такі методи: *теоретичні* – аналіз, узагальнення та порівняння інформації, ґрунтуючись на даних сучасних вітчизняних та зарубіжних джерел з досліджуваної теми; *емпіричні*: для визначення рівня депресії – «Анкета здоров'я пацієнта» PHQ-9 (Patient Depression Questionnaire) (Drs. Robert L. Spitzer, Janet B Williams, Kurt Kroenke при підтримці Pfizer Inc.); для діагностики загального рівня тривоги – «Шкала тривоги Бека» (Beck Depression Inventory, BDI); «Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу» (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD, Т.М.Кеапе); *статистичні* – описова

статистика (якісний, кількісний аналіз результатів проведеного дослідження, його узагальнення).

Організація та експериментальна база дослідження. Експериментальне дослідження було проведено влітку 2025 р. Експериментальною базою дослідження стали 11 військовослужбовців Збройних сил України. З них 1 жінка та 10 чоловіків, віком від 25 до 52 років. Основна частина дослідження проведена дистанційно з використанням інтернет-ресурсів.

Елементи наукової новизни. *Уперше* було проведено комплексне дослідження особливостей психологічної підтримки саме під час соціальної реадaptaції військовослужбовців із урахуванням вимірювання психологічного стану та оцінки ситуації.

Дістали подальшого розвитку положення щодо необхідності поєднання психологічних, юридичних та управлінських основ заради ефективного результату в межах соціально-психологічної адаптації та реабілітації військовослужбовців.

Практичне значення одержаних результатів. Основні положення та висновки дослідження можуть бути використані в навчально-виховному процесі закладів освіти під час викладання профільних курсів для майбутніх психологів та соціальних працівників, науковцями-психологами та юристами в подальшому дослідженні проблеми соціально-психологічної підтримки та реабілітації військовослужбовців. Також положення роботи можуть бути враховані та використані під час організації проведення підвищення професійної компетентності та підвищення кваліфікації психологів, що працюють з військовими та членами їх сімей.

Публікації автора за темою дослідження. На основі проведеного дослідження було напрацьовано та підготовлено матеріал, який було презентовано на XVI Міжнародній науково-практичній конференції: Помазан О.В. Особливості соціальної реадaptaції військовослужбовців. *Концептуальні шляхи розвитку науки та освіти* : матеріали XVI Міжн.

наук.-практичн. конф. м. Львів, 15-16 листопада 2025 року. Львів : Львівський науковий форум, 2025. С. 102–104.

Структура та обсяг роботи. Магістерська робота складається зі вступу, двох розділів (п'ять підрозділів), висновків, списку використаної літератури та додатків. У вступі обґрунтовується актуальність, новизна, визначаються мета, завдання, предмет та об'єкт дослідження. Основна частина присвячена вивченню та аналізу поставленої проблеми. У висновках сформульовано основні результати проведеного дослідження. Додатки наглядно демонструють результати проведеного емпіричного дослідження та підтверджують окремі положення зроблених висновків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-ЕМПІРИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В ПРОЦЕСІ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАДАПТАЦІЇ

1.1 Загальний аналіз особливостей соціально-психологічної реадaptaції військовослужбовців

Психічне здоров'я військовослужбовців перебуває у фокусі уваги численних фахівців – як військових психологів, так і цивільних дослідників. Стійкий інтерес в Україні та за кордоном зумовлений тим, що ця проблема залишається актуальною в будь-якій країні й у будь-який час. Період воєнного стану та активних бойових дій ще гостріше підкреслює потребу в наукових напрацюваннях – як теоретичних, так і прикладних. За даними Центру громадського здоров'я МОЗ України, від 20% до 40% військових потребують психологічної допомоги; у групі підвищеного ризику – молоді військовослужбовці до 24 років, а також ті, хто безпосередньо брав участь у боях, зазнав поранень або втратив побратимів [37]. Дані аудиту послуг психічного здоров'я в системі Міністерства оборони України, представлених у лютому 2023 року показали чималі проблеми у сфері психічного здоров'я військовослужбовців та у наданні психологічних послуг [33]. Представимо декілька узагальнених аспектів зі звіту:

1. Тривожні розлади – частота виникнення у військових в 2 рази перевищує статистичні показники в популяції.

2. Депресивні розлади (ризик виникнення більший у військовослужбовців – 4,8 %, в порівнянні з цивільним населенням – 3,6 %). Зловживання психоактивними речовинами, алкоголем спостерігається в 2,3 рази частіше, на відміну від цивільних.

3. Відзначається підвищений ризик виникнення ПТСР (військовим з бойовим досвідом в 7 разів частіше діагностують даний розлад в порівнянні з тими військовослужбовцями які такого досвіду не мають).

Отже, спектр психічних ризиків у військових істотно ширший, ніж у цивільного населення. Здавалося б, очевидним кроком є розгортання належної психологічної допомоги з участю фахових психіатрів. Втім, кадрова реальність Збройних сил України невтішна: орієнтовно один військовий психолог припадає на близько пів тисячі військовослужбовців, що фактично унеможлиблює якісне надання послуг. Показовим є зарубіжний досвід: у Збройних силах Ізраїлю типовим вважається співвідношення один військовий психолог або соціальний працівник на 70–90 військових [33]. Розуміючи, що потрібні нагальні кроки по виправленню актуальної ситуації у наданні психологічних послуг військовослужбовцям та реформи на законодавчому рівні.

Варто наголосити, що значна частина військовослужбовців є віруючими (переважно православного або католицького віросповідання), тож важливою опорою для підтримки психічного здоров'я й морального стану особового складу виступає служіння військових капеланів, особливо в бойових підрозділах. Зокрема, дослідження А. Маковського та Н. Маковської, присвячене ролі капеланів у забезпеченні психічного благополуччя, засвідчило: у разі появи проблем із психічним здоров'ям чи погіршення морального самопочуття військовослужбовці насамперед звертаються (або були б схильні звернутися) до військового капелана:

- до командира підрозділу (50 %);
- психолога військової частини (21 %);
- військового капелана (9 %);
- цивільного психолога (5 %) [28, с. 80].

Розглянемо сучасні погляди на психічне здоров'я. Так, за визначенням ВООЗ психічне здоров'я «це не тільки відсутність психічних розладів, це скоріше стан психічного добробуту, що дозволяє людям справлятися зі стресовими ситуаціями в житті, реалізувати свої здібності, добре вчитися і працювати, а також робити внесок у життя своїх громад» [10, с. 10]. Проблеми з психічним здоров'ям, виникнення тих чи інших психічних

розладів чи проблем можуть спіткати людину у різні етапи її життя та становлення. Ризики виникнення проблем з психічним здоров'ям підвищуються зокрема у військовослужбовців, що не дивно, оскільки ті виклики, з якими їм доводиться стикатися є надзвичайно великої сили.

Визначення поняття психічного здоров'я військовослужбовців знаходимо у Є. Потапчука, який розуміє його як «таке функціонування психіки військовослужбовця, яке забезпечує його гармонійну взаємодію з навколишнім світом, адекватність поведінки, ефективність навчальної і службової діяльності та здійснення особистісного розвитку» [30, с. 147]. Військова служба, з одного боку, формує й змінює психологічний профіль військовослужбовців, а з іншого – висуває до них особливі вимоги щодо індивідуальних якостей і рис характеру. Йдеться про розвинені адаптивні здібності, стресостійкість, уміння до самоконтролю, а також про відданість, патріотизм та інші важливі особистісні характеристики.

Служба у війську має свої специфічні особливості та значно відрізняється від цивільного життя. Ключовими проблемами та труднощами, з якими стикаються військовослужбовці на думку З. Комар є [20, с. 37]:

- військова дисципліна, яка полягає в чіткому і безкомпромісному виконанні наказів, режим, тощо;
- відсутність належної емоційної підтримки (ізоляція від родини, часто неможливість регулярно виходити на зв'язок; втрата соціальних зв'язків в порівнянні з цивільним життям);
- значне навантаження (психічне, фізичне);
- відсутність власного простору, «публічність життя та служби» [20, с. 37];
- погіршення якості життя.

дослідниками також визначені критерії за якими здійснюється оцінка психічного здоров'я військовослужбовців (В. Є. Мозальов, В. С. Ганджа). Серед них виокремлено [30, с. 147-148]:

- психічні процеси та стани військових (оптимізм, гумор, риси відповідальності, емоційна регуляція, «здатність адекватно сприймати себе та оточення; здатність до розумного планування життєвих цілей; здатність усвідомлено здійснювати вчинки» [30, с. 147];

- психічні властивості, особливості характеру (впевненість, чесність, задовільний рівень домагань, толерантність, активність, розвинуті навички спілкування та ін.);

- саморегуляція (самоконтроль емоцій та поведінки, адаптивність, «здатність до керування поведінкою відповідно до норм, що існують у військовому колективі; здатність продуктивно працювати та підтримувати міжособистісні стосунки» [30, с. 148]);

- шкідливі звички (алкоголь, наркотики, тютюнопаління, тощо);

- навички долаття наслідків «бойової обстановки» [30, с. 148];

- стресостійкість;

- стійкість до «впливу противника із застосуванням засобів ураження» [30, с. 148];

- розуміння наслідків участі у бою (поранення, каліцтво, смерть – як власна, так і побратимів);

- навички надання першої психологічної допомоги як собі (самодопомога), так і побратимам.

Доречно окреслити найтипівіші порушення психічного здоров'я у військовослужбовців. У своїх оглядах Марк С. Рассел та Чарльз Фіглі підкреслюють, що війна спричиняє масштабні психологічні й соціальні втрати, а система допомоги не завжди відповідає потребам. На практиці це проявляється у тривалих чергах на лікування, організаційних збоях, зростанні суїцидальної поведінки серед ветеранів, надмірній фармакотерапії за браку кваліфікованих фахівців та епізодах неадекватної клінічної тактики. Поширеність станів на кшталт ПТСР нерідко занижується; додатковими бар'єрами залишаються стигматизація та страх отримати психіатричний діагноз. Окреме занепокоєння викликає схильність інституцій знецінювати

або приховувати реальні масштаби кризи психічного здоров'я у війську [45, с. 4]. Частим фокусом уваги дослідників є вивчення посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців (С. Oster, A. Morello, A. Venning, P. Redpath, S. Lawn, М. Балаж, Н. Коструба, С. Васильєв, І. Крук, І. Григус та ін.) [6; 9; 22; 23; 44]. Так, І. Крук, І. Григус зазначають, що «симптоми гострої травми виявляють у 60–80% військовослужбовців, які стали свідками загибелі побратимів чи цивільного населення» [23, с. 52]. За даними довідника діагностичних критеріїв DSM-V критеріями ПТСР є наступні:

- експозиція до смерті інших чи загрози смерті, важких тілесних ушкоджень чи сексуального насильства;
- наявність інтрузивних симптомів, що пов'язані з травматичною подією та виникли після неї;
- стійке уникнення подразників, пов'язаних з травматичною подією (подіями), яке починається після травматичної події.
- негативні зміни у когніціях та настрої, що пов'язані з травматичною подією, які виникають або погіршуються після травматичної події;
- помітні зміни у збудливості та реактивності, пов'язані з травматичною подією;
- тривалість порушення більш ніж 1 місяць;
- порушення спричиняє клінічно значущий дистрес або погіршення в соціальній, професійній чи іншій сферах функціонування;
- порушення не можна пояснити фізіологічним впливом (медикаментів, алкоголю) чи іншим медичним станом [14, с. 176-179].

Дослідницька група у складі О. Кокуна, Н. Агаєва, І. Пішко та Н. Лозінської вивчала поширеність посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців, які брали участь в Операції об'єднаних сил (АТО). Вибірку поділили на дві підгрупи: військові з безпосереднім бойовим досвідом та військові, що виконували завдання на опорних пунктах і зазнавали меншого впливу екстремальних факторів. За підсумками оцінювання, ознаки ПТСР виявлено майже у 20% учасників. Водночас у

підгрупі, де бійці були свідками втрат побратимів і безпосередньо брали участь у зіткненнях, рівень ПТСР виявився приблизно на 10% вищим, ніж у підгрупі з нижчим рівнем бойової експозиції. Це узгоджується з уявленням про дозозалежний ефект травматичної події: чим інтенсивніший контакт із бойовими стресорами, тим вищі ризики клінічно значущих посттравматичних симптомів [19, с. 4]. Враховуючи те, що, починаючи з періоду повномасштабної російсько-української війни кількість військовослужбовців, що мають безпосередній досвід участі в бойових діях, були свідками каліцтв, загибелі побратимів набула чималого масштабу, – потенційна кількість ризику виникнення посттравматичного стресового розладу зростає в рази. Саме тому, розробка заходів психосоціальної підтримки, реабілітації є значущим завданням.

Ще одними розповсюдженими психічними розладами серед військовослужбовців є тривожні розлади та депресія. Так, за даними J. D. Blore, M. R. Sim, A. B. Forbes, M. C. Creamer та H. L. Kelsall які досліджували вплив досвіду участі в війні в Персидській затоці, ветерани мали ризик депресії, дистимії та хронічної дисфорії вдвічі більше, ніж у ветеранів, які не брали безпосередньої участі в бойових діях [41]. І. Ткачук, який досліджував поширеність депресивних та тривожних розладів серед військовослужбовців, що приймали участь в АТО, вказує, що сумарно (і депресивні розлади, і тривожні) діагностовано у майже 40 % військовослужбовців. В порівнянні результатів дослідження з даними попередніх років (до АТО) кількість військовослужбовців з вказаними розладами збільшилась на 15 % [35, с. 64]. Схожі статистичні дані знаходимо у дослідженні В. Савицького, О. Ткаленка та ін. [32, с. 244].

Ще одна проблема, що впливає на психічне здоров'я військовослужбовців пов'язана з переживанням бойового стресу. Бойовий стрес визначають як такий, що «супроводжується дією стрес-факторів, що несуть загрозу життю військовослужбовців і негативно впливають на стан їхнього здоров'я, знижують успішність діяльності або призводять до її зриву,

зумовлюють психогенні втрати у підрозділах» [7, с. 86]. Н. Коструба вказує, що дія різних стресових навантажень (загроза власному життю та здоров'ю, ризик смерті чи каліцтва) в умовах бойових дій часто може впливати на виникнення бойового стресу, тобто як наслідок «особливої вимоги діяти таким чином, що це несе пряму загрозу життю іншої людини, або навіть ризику втратити власне життя» [22, с. 124].

Суїцидальний ризик варто відзначити в переліку проблем з психічним здоров'ям. Вражаючими є дані статистики США, згідно з якими кількість військовослужбовців, які вчинили самогубство перевищує кількість всіх загиблих воїнів в період операцій в Афганістані та Іраку [29, с. 4]. Більша частка суїцидів (близько 70 %) були вчиненими вже після демобілізації та повернення до цивільного життя. Зазначають, про вагомий фактор (як причину суїцидальних дій) саме проблеми в міжособистісних стосунках [29]. Серед військових Збройних сил України за звітними даними Міністерства оборони в період початку АТО (з 2014 по 2016 роки) 212 військових вчинили самогубство [29]. До 2018 року ця кількість зросте до 518 військових з завершеними спробами самогубства [31, с. 175]. Ще однією проблемою з ментальним здоров'ям є адиктивна поведінка військовослужбовців. Зокрема, аналіз досліджень залежностей серед військових в США показав, що у військових, які мали бойовий досвід спостерігається більший ризик адиктивної поведінки (зловживання алкоголем більше на 26,8 %, запоїв на 54, 8 % в порівнянні з військовослужбовцями без переживання значних бойових впливів).

Узагальнення теоретичних джерел свідчить, що у військовослужбовців найчастіше фіксуються такі порушення психічного здоров'я: посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривожні та депресивні розлади, прояви бойового (операційного) стресу, моральна травма, адиктивні розлади, гостра стресова реакція й суїцидальність. Їх висока поширеність у цій популяції не викликає сумнівів і підтверджується сукупністю наукових даних. Пріоритетним завданням є розроблення та впровадження комплексної

системи профілактики, раннього виявлення й втручання: психоедукація, скринінг, своєчасне направлення й багатопрофільна допомога з участю психотерапевтів, психіатрів, клінічних психологів, соціальних працівників і залученням найближчого оточення військового. У разі маніфестації симптомів така міждисциплінарна модель забезпечує безперервність опіки та підвищує ймовірність стійкого відновлення.

З огляду на тривалість війни та ймовірність її подальшого затягування, потреба в системній реадaptaції військовослужбовців набуває критичної ваги. Кількість людей із бойовим досвідом зростатиме, так само як і число тих, хто повертається до цивільного життя з пораненнями, ампутаціями чи розладами психічного здоров'я. У цих умовах державна політика має передбачати комплексні механізми повернення до мирного середовища – від медико-психологічного супроводу й соціальних гарантій до програм працевлаштування, перекваліфікації та підтримки сімей. Ключовим елементом такої системи є соціально-психологічна реабілітація, що забезпечує поступове відновлення повсякденних ролей, навичок саморегуляції та соціальних зв'язків. Вона має бути безперервною, міжсекторальною та індивідуалізованою: включати психотерапевтичну допомогу, роботу з травматичним досвідом, підтримку близького оточення, а також спільнотні та освітні програми, які полегшують повернення до цивільної взаємодії і професійної діяльності. Саме така інтегрована модель підвищує шанси на успішну реадaptaцію й стале відновлення як самих ветеранів, так і їхніх родин.

Соціально-психологічна реадaptaція – це керований процес відновлення та повторного входження людини в мирне, «звичне» соціальне середовище після дії екстремальних або травматичних факторів (війна, поранення, полон, тривале перебування у бойових підрозділах тощо). Його мета – допомогти людині знову ефективно виконувати цивільні ролі (члена сім'ї, працівника, громадянина), відновити психологічну рівновагу та соціальні зв'язки, а також забезпечити стійку якість життя. Соціально-

психологічна реадaptaція є керованим процесом повернення військовослужбовця до мирного життя, під час якого відновлюються психологічна рівновага, повсякденні ролі та соціальні зв'язки. Йдеться не лише про зменшення симптомів стресу чи травми, а про поступове відновлення відчуття контролю, безпеки та сенсу, повернення до сімейної взаємодії, праці, навчання і громадської активності. Реадaptaція починається з уважного оцінювання потреб і ресурсів людини: враховуються досвід бойових подій, стан здоров'я, сімейні обставини, економічні умови, доступ до послуг. Далі вибудовується індивідуальний план, який поєднує психотерапевтичну роботу з травматичним досвідом, тренування навичок саморегуляції (сон, ритм дня, керування тривогою), відновлення комунікації в сім'ї та колі близьких, а також кроки до професійної інтеграції – від тимчасової зайнятості до перекваліфікації. Важливо, щоб допомога була безпечною, передбачуваною і добровільною, з повагою до темпу та автономії ветерана. Ефективність підсилюється тоді, коли поруч, окрім психолога, є інші фахівці – психіатр, соціальний працівник, реабілітолог, кар'єрний консультант – і коли включене найближче оточення: партнер, діти, друзі, побратими. Паралельно вирішуються практичні питання: оформлення пільг, доступ до медичної та соціальної підтримки, пошук житла, організація побуту. Це зменшує напруження, знімає бар'єри до терапії та полегшує повернення до звичних рутин. Успіх реадaptaції помітний не лише за зниженням тривоги чи поліпшенням сну, а й за більш стабільними ознаками: з'являється відчуття контролю над власним життям, відновлюються стосунки, зростає життєва активність, повертається інтерес до майбутнього.

Процес нерідко ускладнюють стигма щодо психічного здоров'я, страх «мати діагноз», брак тривалої підтримки, наслідки поранень та хронічний біль, фінансові труднощі, завищені очікування оточення «жити як раніше». Тому реадaptaція має бути тривалою і гнучкою: план переглядається, додаються або знімаються інтервенції залежно від прогресу, змінюються цілі – від коротких (стабілізувати сон, відновити апетит, повернутися до хобі) до

ширших (працевлаштування, навчання, розширення соціального кола). У підсумку це не одноразова послуга, а індивідуальний маршрут повернення до повноцінного життя, який поєднує психологічну, соціальну та професійну підтримку і спирається на співпрацю ветерана, родини, фахівців і громади.

В такому процесі відновлення військовослужбовців досить часто виникає питання щодо співвідношення таких понять як «реадаптація військовослужбовців» та «реабілітація військовослужбовців». Щодо зазначеного варто звернути увагу на наступне. Загалом «реабілітація» і «реадаптація» близькі за змістом процесу підтримки людини після травми, хвороби чи екстремального досвіду, але їхні акценти різні. Реабілітація охоплює широкий медико-психологічний і соціальний спектр відновлення: від лікування, протезування й фізичної терапії до психотерапії та соціальних послуг. Її головна мета – повернути або компенсувати порушені функції, зменшити обмеження життєдіяльності, підвищити автономність і запобігти інвалідизації. Вона зазвичай стартує одразу після гострої події чи в ході лікування і проводиться в лікарнях, реабілітаційних відділеннях, центрах, де ключову роль відіграють медичні та реабілітаційні команди.

В свою чергу реадаптація фокусується на повторному входженні людини у звичне соціальне середовище, коли гостра фаза позаду й постає завдання повернення до цивільних ролей. Її ядро – відновлення психологічної рівноваги, рутин і стосунків, повернення до праці або перекваліфікації, налагодження сімейної взаємодії, інтеграція в громаду. Якщо реабілітація відповідає на питання «як відновити функцію і зняти обмеження», то реадаптація вирішує «як знову жити повсякденним життям, знаходити сенс і бути включеним у соціум». Вона частіше відбувається в амбулаторних умовах і спільноті, спирається на психологічну допомогу, соціальний супровід, підтримку родини та роботодавців, і більше працює з ідентичністю, цінностями та ролями.

Спільним для обох процесів є людиноцентричність, добровільність і поетапність, міждисциплінарна взаємодія фахівців, опора на ресурси та

доказові підходи. І реабілітація, і реадаптація мають чіткі цілі, індивідуальні плани, регулярний перегляд прогресу, поєднують медичні, психологічні й соціальні інтервенції. Вони підвищують якість життя, зменшують симптоми та розширюють можливості участі в повсякденних активностях. Відмінності полягають у стартових умовах, провідних завданнях і критеріях успіху. Реабілітація починається тоді, коли домінує біопсихологічний наслідок травми чи хвороби й головне – відновити або компенсувати функції тіла і психіки, зменшити біль, налаштувати засоби допомоги, навчити навичкам самообслуговування. Реедаптація виходить із контексту зміни способу життя: ключовим стає повернення до соціальної участі, робочих і сімейних ролей, відновлення відчуття контролю та безпеки, формування нових стратегій саморегуляції й взаємодії. У критеріях успіху це відображається так: для реабілітації важливі показники функціонування (сила, витривалість, когнітивні тести, зниження симптомів), для рееедаптації – стабільна зайнятість або навчання, якість стосунків, участь у громаді, стійкі рутинні звички, суб'єктивне відчуття сенсу та задоволеності життям. На практиці ці процеси переплітаються: рееедаптація часто стає логічним продовженням або модулем ширшої реабілітаційної програми. В українських реаліях, особливо у ветеранському контексті, доцільно мислити ними як єдиним маршрутом: спершу – медичне й психологічне відновлення функцій, далі підтримка в поверненні до цивільного життя, де фокус зміщується на рольову інтеграцію, роботу, сім'ю та громаду. Саме така послідовність зменшує ризик ретравматизації, підвищує автономність і створює умови для стійкого, а не тимчасового повернення до повноцінного життя [34].

У процесі рееедаптації професійна підтримка є ключовою ланкою: вона допомагає колишнім військовослужбовцям орієнтуватися на ринку праці, проходити перекваліфікацію, обирати реалістичні кар'єрні траєкторії та опановувати нові професійні ролі. В центрі уваги – формування прикладних навичок, що полегшують вхід у цивільні колективи й нові галузі: ефективна комунікація, саморегуляція стресу, планування робочого дня, командна

взаємодія, управління конфліктами, самопрезентація на співбесідах і в резюме. Такий підхід не обмежується «зняттям симптомів», а спрямований на відновлення життєвої спроможності в реальних умовах праці й побуту. Комплексна соціально-психологічна опора при реадаптації має спільну мету – відновити благополуччя ветерана у фізичному й психічному вимірах, щоб полегшити швидше та стійкіше повернення до цивільного середовища. Це передбачає раннє виявлення ознак соціально-психологічної дезадаптації, своєчасне психологічне консультування та цілеспрямовану корекційну роботу; системне тренування навичок саморегуляції; застосування групових соціально-психологічних тренінгів для відновлення міжособистісних компетентностей; а також підтримку у професійному самовизначенні й організацію перекваліфікації. Окреслені напрями, на які вказують І. А. Лурін, І. М. Льовкін, О. В. Числіцька, В. І. Маланюк і С. Л. Борисова, у контексті реадаптації утворюють єдину «дорогу повернення»: від своєчасного розпізнавання труднощів до набуття нової професійної ідентичності та стабільної участі в житті громади [27, с. 67].

У контексті реадаптації колишніх військовослужбовців доцільно вибудовувати широкий, поетапний спектр підтримки – від індивідуальних і сімейних психологічних консультацій, тренування навичок саморегуляції та відновлення комунікації до професійного консультування, перекваліфікації й супроводу працевлаштування. Такий підхід підсилює соціальну інтеграцію, відновлює психологічне благополуччя та полегшує повернення до цивільних ролей. Важливо, аби доступ до цих інтервенцій не обмежувався лише ветеранами з діагностованим ПТСР чи наслідками бойових травм. Соціально-психологічна реадаптація має бути універсальним стандартом для всіх, хто завершує службу: це дає змогу своєчасно виявляти труднощі, запобігати їх хронізації та забезпечувати стійке, а не тимчасове, повернення до повсякденного життя і праці.

1.2. Організація та методики емпіричного дослідження

У контексті реадaptaції пріоритетом є своєчасна оцінка психічного стану військовослужбовців. Раннє виявлення ознак дистресу, тривожно-депресивної симптоматики, ПТСР чи пов'язаних із травмою порушень відкриває можливість швидко організувати допомогу з залученням відповідних фахівців, а саме психолога, психотерапевта, психіатра, соціального працівника, реабілітолога. На практиці значна частина проблем психічного здоров'я як у військових, так і у цивільних лишається нерозпізнаною, що блокує доступ до своєчасної і якісної підтримки, поглиблює симптоматику та негативно позначається на сімейному функціонуванні, роботі й повсякденних ролях. З огляду на це, систематична, комплексна діагностика під час служби й на етапах повернення до цивільного життя має стати невід'ємним завданням психологічної служби Збройних Сил України. Йдеться про впровадження рутинного скринінгу на ключові стани, багатоетапної оцінки ризиків, конфіденційних маршрутів направлення та подальшого моніторингу ефективності втручань. Такий підхід забезпечує безперервність опіки, знижує ймовірність хронізації труднощів і підвищує шанси на успішну реадaptaцію – від стабілізації психічного стану до стійкого відновлення соціальної та професійної спроможності.

Емпіричне дослідження, що проводилось в межах магістерської роботи складалось з наступних етапів:

1. Підготовчий етап. На цьому етапі було здійснено теоретичний аналіз проблеми соціальної реадaptaції військовослужбовців, визначили ключові особливості психічного здоров'я військовослужбовців. Підібрали відповідні методики для подальшого емпіричного дослідження.

2. Емпіричний етап (проведення констатувального дослідження). На даному етапі було проведено діагностику стану психічного здоров'я

військовослужбовців, а саме: визначення рівня депресії, тривоги, посттравматичного стресового розладу.

3. Підсумковий етап. Здійснили узагальнення емпіричних даних та їх інтерпретацію. Було розроблено рекомендації щодо психологічної підтримки в контексті соціальної реадaptaції військовослужбовців із урахуванням отриманих результатів.

Метою емпіричного дослідження, у першу чергу, було виявити актуальний стану психічного здоров'я військовослужбовців, а саме визначення рівня депресії, тривоги, ПТСР.

Зазначену мету було реалізовано через ряд послідовних завдань:

1. Підбір методичного інструментарію.
2. Проведення емпіричного дослідження.
3. Якісний та кількісний аналіз результатів дослідження.

Після підготовчого етапу під час дослідження було виявлено ряд труднощів, що стосувався проведення емпіричної частини магістерського кваліфікаційного дослідження. Війна триває, отримати «доступ» до військовослужбовців є ще тим викликом, оскільки у досліджуваній категорії точно є більш нагальні питання. Тому було прийнято рішення про проведення діагностичного дослідження також і дистанційно через інтернет ресурси з тими військовослужбовцями які є знайомими, родичами, або «знайомими знайомих».

Отже, експериментальною базою стали 11 військовослужбовців, що були призвані до лав Збройних сил України в період з початку повномасштабного вторгнення. З них 1 жінка та 10 чоловіків, віком від 28 до 48 років. Всі військовослужбовці мають різний «стаж» несення служби, деякі з них були учасниками бойових дій, а деякі є працівниками штабів і бойового досвіду не мають.

Далі варто окреслити, які саме методики було обрано для проведення емпіричної частини дослідження. Для визначення рівня депресії – «Анкета

здоров'я пацієнта» PHQ-9 (Patient Depression Questionnaire) (Drs. Robert L. Spitzer, Janet B Williams, Kurt Kroenke при підтримці Pfizer Inc.) [4]; для діагностики загального рівня тривоги – «Шкала тривоги Бека» (Beck Depression Inventory, BDI) [39]; «Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу» (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD, Т.М.Кеапел) [1, с. 160-165].

Так, для діагностики депресії нами була використана «Анкета здоров'я пацієнта» PHQ-9 (Patient Depression Questionnaire) [4]. Анкета складається з 9 тверджень, які представляють собою ключові симптоми депресії на кшталт зниження інтересу, пригнічений настрій, проблеми з апетитом, сном, наявність суїцидальних думок, тощо. Запропоновано 4 варіанти відповідей (ніколи; кілька днів; більше половини часу; майже щодня).

Анкета дозволяє визначити наступні ступені важкості депресії:

0-4 бали – відсутність депресії;

5-9 балів – легкий ступінь;

10-14 – помірний ступінь;

15-19 – виражений ступінь;

20-27 – важкий ступінь [35, с. 26].

Для визначення загального рівня тривоги військовослужбовців була використана «Шкала тривоги Бека» (Beck Depression Inventory, BDI) [39]. Методика А. Бека побудована наступним чином – кожне питання (а їх в шкалі 21) стосується певного симптому або прояву тривоги, які включають як фізичні симптоми (головокружіння, оніміння, надмірне потовиділення, тремор в руках та ін.), так і симптоми, що пов'язані зі психологічними характеристиками (нав'язливі думки про те, що станеться найгірше, страх смерті, дратівливість та ін.). Шкала містить 4 варіанти відповідей: зовсім не турбує; злегка турбує; середньо турбує; дуже турбує.

Варіанти відповідей оцінюються наступним чином: за кожну відповідь «зовсім не турбує» досліджуваний отримує 0 балів; за відповідь «злегка турбує» отримує 1 бал; за відповідь «середньо турбує» отримує 2 бали та за відповідь «дуже турбує» отримує 3 бали. Отримані бали по всім твердженням сумуються. Отримані результати можуть свідчити про наявність тривоги та її рівень:

0-5 балів – нормальний рівень тривоги;

3-8 – легкий рівень тривоги;

9-18 – середній рівень тривоги;

більше 19 балів – високий рівень тривоги.

Для діагностики посттравматичного стресового розладу було використано «Міссісіпську шкалу посттравматичного стресового розладу» (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD, T.M.Keane) [1, с. 160-165]. Використана нами методика була розроблена для того, щоб визначити ключові симптоми ПТСР у учасників бойових дій, у військовослужбовців які мали досвід участі в боях. Зазначена методика дозволяє оцінити наявність посттравматичного стресового розладу за ключовими його симптомами: вторгнення, збудливість, уникнення. Частина питань стосується симптомів суїцидального ризику, почуття провини, тощо. Методика містить 35 питань та п'ять варіантів відповідей: абсолютно невірно; іноді невірно; у деякій мірі вірно; вірно; абсолютно вірно.

Оцінка результатів по методиці відбувається шляхом співставлення з ключем, де є прямі та зворотні значення отриманих балів. Результати за методикою дозволять виявити наявність ПТСР та виявити наступні групи респондентів:

- низький ризик ПТСР (адаптовані, до 96 балів);

- середній ризик (є ризик наявності психічного розладу, 97-111 балів);

- високий ризик ПТСР (112 балів і вище) [1, с. 165].

В наступному підрозділі дослідження власне, буде наведено та деталізовано результати проведеного емпіричного дослідження.

1.3. Результати емпіричного дослідження стану психологічного здоров'я та реадаптації військовослужбовців

У дослідженні реадаптації військовослужбовців питання соціально-психологічної підтримки невіддільне від своєчасного виявлення труднощів у сфері психічного здоров'я. Якість реадаптації безпосередньо залежить від того, наскільки рано й точно ми фіксуємо ознаки дистресу, посттравматичних проявів, емоційного виснаження чи порушень саморегуляції. Саме тому діагностична робота з комбатантами є не другорядним елементом, а стартовою ланкою маршруту допомоги: вона задає фокус інтервенцій, визначає пріоритети підтримки сім'ї та роботодавця, а також дозволяє відстежувати динаміку відновлення. Методики, використані в нашому емпіричному дослідженні, підібрані цілеспрямовано: вони не є випадковим набором тестів, а відображають найтипівіші запити й уразливості, окреслені під час теоретичного аналізу теми реадаптації. Обрана батарея інструментів дає змогу комплексно оцінити адаптаційний потенціал, мотиваційні та ціннісні орієнтації, рівень саморегуляції, особливості емоційного стану та ризики професійної дезадаптації. Такий підхід забезпечує валідну картину потреб ветеранів і створює підстави для індивідуалізованого плану реадаптації – від психотерапевтичних і сімейних інтервенцій до освітньо-професійної підтримки та поступового повернення до цивільних ролей.

Далі, варто перейти до результатів, які були отримані під час дослідження. Першою методикою, результати якої варто представити є

«Анкета здоров'я пацієнта» PHQ-9 (Patient Depression Questionnaire, Drs. Robert L. Spitzer, Janet B Williams, Kurt Kroenke), з її допомогою можна виявити наявність або ж відсутність тих чи інших симптомів депресії. Отож, отримані наступні показники (див. Додаток 1). Щодо більш загального огляду результатів, що були отримані, варто зазначити, що у 18,2 % досліджуваних відсутні симптоми депресії (у 2-х учасників дослідження). У 45,5 % досліджуваних встановлено легкий ступінь депресії (у 5 учасників дослідження). У 27,3 % виявлено помірну депресію (у 3 учасників дослідження) та у одного досліджуваного, а це 9 % виявлено виражену депресію. Таким чином, повна відсутність симптомів депресії спостерігається лише у 2 військовослужбовців, які проходили діагностику, а більшість – в тій чи іншій мірі мають депресивні симптоми. Це означає, що наявний цілий перелік симптомів, які можуть турбувати та впливати на якість життя військовослужбовців, на виконанні їх службових обов'язків, тощо. Наявні симптоми можуть стосуватися різних аспектів прояву депресії. Це і зниження інтересу до звичних справ, наявність пригніченого настрою, відчуття втрати енергії, проблеми зі сном, проблеми з концентрацією уваги, тощо. Для більш ґрунтовного аналізу проаналізувати отримані дані по кожному окремому симптому, які діагностує даний опитувальник. Результати (в порядку зниження значимості) можна побачити у додатку 2 (див. Додаток 2). Варто зазначити, що найбільш вираженими є симптоми, що пов'язані з втомою, настроєм та зниженням інтересу. Зауважимо, що за довідником діагностичних критеріїв DSM-5 від Американської психіатричної асоціації симптоми що стосуються пригніченого настрою та втрати зацікавленості відносяться до «обов'язкових» симптомів, які вказують саме на депресію, а не на інший психічний розлад, тощо [14, с. 112-113].

Останній щабель в рейтингу займає симптом, що вказує на наявність суїцидних думок, або наявність конкретного плану самогубства чи спроби. Це може говорити як про те, що й справді зазначений симптом у нашої групи досліджуваних відсутній, так і про те, що таке очевидне питання про

суїцидальний ризик, могло викликати бажання приховати його, через страх «розкриття» або небажання в цілому ділитись такими власними думками та переживаннями. Втім, серед військових Збройних сил України за звітними даними Міністерства оборони в період початку АТО (з 2014 по 2016 р.) 212 військових вчинили самогубство [29]. До 2018 року ця кількість зросте до 518 військових з завершеними спробами самогубства [31, с. 175]. Таким чином, знімати фокус уваги з проблеми ризику вчинення самогубства точно не варто, краще вживати різного роду профілактичні заходи, які знизять ризик їх вчинення.

Дослідження І. Каряки. та С. Фартушна щодо рівня прояву депресії у військовослужбовців, яке проведене ще до початку повномасштабного вторгнення свідчить про більш низькі показники тоді (І. Каряка, С. Фартушина, дослідження проведено в 2019 р.) та підвищення ризику виникнення депресії зараз (дані в рамках магістерського дослідження) [16]. Так, в таблиці 1 можна спостерігати порівняння рівнів депресії до та після початку повномасштабної російсько-української війни.

Таблиця 1.

Порівняння результатів досліджень до повномасштабної війни та після

Рівні депресії	Дослідження 2019 року	Дослідження 2024 року
Відсутня депресія	57,5 %	18,2 %
Легкий ступінь	27,5 %	45,5 %
Помірний ступінь	7,5 %	27,3 %
Виразений ступінь	7,5 %	9 %
Важкий ступінь	0 %	0 %

Можемо констатувати, що відсутність депресії має тенденцію до зниження. Скориставшись формулою обчислення приросту/зменшення ми визначили, що ця цифра зменшилась на 68,4%. Приблизно такий же приріст маємо в категорії депресії легкого ступеню – ця цифра зросла на 66,5 %. Рівень помірного ступеню депресії збільшився на 285 % (це найбільший

показник приросту). Виражений ступінь депресії зріс на 28,5 %. Як бачимо, тенденція невтішна. Отже, у фокусі реадaptaції маємо не лише говорити про підтримку, а й системно створювати умови для психологічного відновлення військовослужбовців: від рутинної профілактики нових психічних розладів до запобігання рецидивам у тих, хто вже мав відповідні епізоди в анамнезі. В цьому контексті визначальну роль відіграє соціально-психологічна реадaptaція: вона поєднує індивідуальну й сімейну підтримку, тренування навичок саморегуляції, роботу з травматичним досвідом і допомогу в соціальному та професійному поверненні, забезпечуючи безперервний маршрут від стабілізації стану до стійкої інтеграції у мирне життя [35, с. 30].

Для діагностики рівня тривоги нами було використано «Шкалу тривоги Бека» (Beck Depression Inventory, BDI) [39]. За результатами проведеної методики ми отримали наступні показники рівня вираженості тривоги (див. Додаток 3). Показники у цьому випадку розподілились наступним чином: у 27,3 % досліджуваних військовослужбовців (3 респонденти) констатовано нормальний рівень тривоги, тобто такий, який не заважає звичному функціонуванню людини та виконанню нею різного роду обов'язків. У такої ж кількості досліджуваних встановлено легкий рівень прояву тривоги, який свідчить про наявність певних переживань (на когнітивному рівні) та фізіологічної симптоматики, що пов'язана з підвищенням рівня тривоги, але він все ще дозволяє людині справлятися з ним. У 36,4 % досліджуваних (4 військовослужбовців) діагностовано середній рівень прояву тривоги. Зазначений рівень тривоги може значною мірою впливати на людину, їй може бути складно виконувати як звичні рутинні справи, так і, зокрема, професійні обов'язки. Фокус уваги людини з таким рівнем тривоги може зміщуватись саме на тривожні переживання. У 9 % (а це 1 військовослужбовець) виявлено високий рівень тривоги. Це свідчить про чималу кількість тривожних симптомів, які потребують нагальної допомоги. Не тільки психологічної, а й, можливо, медикаментозної підтримки.

Порівнюючи отримані результати з дослідженнями, проведеними іншими дослідниками встановили наступне. Так, група дослідників Г. М. Кожина, О. В. Друзь, Е. М. Хорошун, К. О. Зеленська, І. О. Черненко здійснили дослідження стрес-асоційованих розладів у військовослужбовців під час війни (тривожні розлади теж входили до цього переліку). Так, виявлено загальний показник тривожних розладів: генералізований тривожний розлад – 19,4 %, панічний розлад – у 15,6 % (загалом у 35 % всіх досліджуваних військовослужбовців) [17, с. 51]. І. М. Ткачук провівши дослідження для визначення поширеності депресивних та тривожних розладів у військовослужбовців (учасників АТО) виявив, що кількість тривожних розладів склала $35,0 \pm 4,4$ % [35, с. 64].

Отже, у контексті реадaptaції військовослужбовців проблема тривоги та тривожних розладів є вкрай актуальною. Це підтверджують дані нашого дослідження й результати інших науковців як у довоєнний період, так і під час повномасштабної війни. Відповідно, опрацювання проявів тривожних розладів становить одне з ключових завдань соціально-психологічної реабілітації військових. Аналіз результатів дослідження здійснено за методикою «Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу» (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD, Т.М.Keane) визначено у додатку 4 (див. Додаток 4).

Загалом, як бачимо, більшість досліджуваних військовослужбовців мають хороший рівень адаптованості, ризик виникнення ПТСР на даний момент – низький. Цей рівень спостерігається у 54,6 % досліджуваних (6 військовослужбовців). У 36,4 % досліджуваних (4 військовослужбовці) спостерігаються ті чи інші порушення адаптації, що свідчить про середній рівень ризику виникнення ПТСР. Один військовий з всієї групи досліджуваних – 9 %, має високі показники за методикою. Зазначене може бути свідченням наявності посттравматичного стресового розладу.

Отримані показники показали, що більшість є адаптованими, а отже такими, що можуть пристосуватись до мінливих умов сьогодення, будь-то зміни у сімейному житті, в професійному, тощо. Втім, у одного військовослужбовця все ж таки діагностовано за результатами проведеної методики ПТСР, а у 4-х військових є порушення адаптації. Показники дещо відрізняються від результатів досліджень військовослужбовців, що мають бойовий досвід. Переважна більшість учасників нашої групи не мають бойового досвіду, а отже, ризик отримати психічну травму нижче. Зазначене може прояснити наявність такої відмінності. Втім, вважаємо за необхідне, розглянути результати інших досліджень, які були орієнтовані на діагностику посттравматичного стресового розладу. Так, О. М. Кокун, Н. А. Агаєв, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська досліджувала критерії ПТСР та ступінь їх проявлення у військовослужбовців внаслідок дії екстремальних факторів (бойової участі) [19, с. 90]. Виявлено, що хороший рівень адаптованості мають 55 % військових, порушення адаптації є у 14 % військових, а ПТСР у 32 % військовослужбовців з бойовим досвідом. Порівнюючи отримані дані з результатами діагностики тих військовослужбовців, які не приймали безпосередньої участі у бойових діях показники значно менші – так адаптованими є 72 % військових, мають порушення адаптації 17 %, а ПТСР є у 11 % військових без бойового досвіду. Як бачимо різниця є суттєвою, особливо у групі з хорошим рівнем адаптованості та групі з наявними симптомами ПТСР [19, с. 90]. Дослідження, проведене О. Д. Гавловським в якому автор здійснив спробу дослідити різні психічні розлади у учасників антитерорестичної операції (зокрема й ПТСР). Виявлено наступне: достатній рівень адаптації мають 84 % військових, порушення наявні у 9,6 % комбатантів, а ПТСР є у 6,4 % досліджуваних [11]. Отримані показники є вищими (тобто такими які є свідченням більшої адаптованості військовослужбовців), ніж в описаних нами результатах попередніх досліджень. Виникає логічне питання, з чим це може бути пов'язано. Вбачається, що різниця може бути пояснена наступним чином, що

О. М. Кокун разом з колегами провели своє дослідження у 2016 році, тоді, коли антитерорестична операція була в більш активній фазі (не кажучи вже про період 2014-2015 років з запеклими боями, та, відповідно втратами), а дослідження О. Д. Гавловського проведено вже в 2019 році, коли на лінії розмежування вже не було активних боїв, наступальних дій, тощо. А ті військовослужбовці, які, припустимо, мали ПТСР раніше, могли його «подолати».

В умовах триваючої повномасштабної війни ризики розвитку ПТСР та інших розладів психічного здоров'я у військовослужбовців залишаються високими. Тому системна турбота про психологічне благополуччя є критичною під час реадаптації: вона водночас підтримує подолання наявних симптомів і виконує профілактичну функцію, знижуючи ймовірність рецидивів. Реалізація комплексної соціально-психологічної реабілітації військових постає як першочергове та актуальне завдання сьогодення.

Провівши аналіз отриманих даних можемо сформулювати наступні висновки. Щодо діагностики депресії, то у значної частини респондентів в більшій чи меншій мірі наявні симптоми депресії (45,5 % – легкий ступінь депресії; 27,3 % – помірна депресія; 9 % – виражена депресія). Дослідження рівня прояву тривоги встановило, що 27,3 % мають легкий рівень тривоги; 36,4 % середній рівень прояву тривоги; 9 % високий рівень. Дослідження симптомів посттравматичного розладу показало, що у 54,6 % є адаптованими (відсутній ПТСР); 36,4 % наявні порушення адаптації (середній рівень ризику виникнення ПТСР); 9 % мають ПТСР (високий рівень прояву за методикою). В цілому можемо констатувати, що більша частина наших респондентів мають проблеми з психічним здоров'ям на даний момент. Саме тому потрібна якісна і своєчасна допомога військовослужбовцям задля діагностики та подальшого відновлення психічного здоров'я. В наступному розділі будуть запропоновані рекомендації щодо соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців які можуть допомогти в цьому.

РОЗДІЛ 2. ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В ПРОЦЕСІ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАДАПТАЦІЇ

2.1. Закордонний досвід соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців

Визначення стану психічного здоров'я військовослужбовців є ключовою передумовою успішної соціальної реабілітації. Своєчасне виявлення порушень дає можливість оперативно залучити міждисциплінарну команду фахівців і надати адресну допомогу. Водночас проблеми психічного здоров'я – як у військових, так і у цивільних – нерідко залишаються недіагностованими, що ускладнює доступ до якісної підтримки, погіршує загальний стан і негативно позначається на провідних сферах життєдіяльності та інтеграції в мирне середовище. Тому впровадження комплексної діагностики під час несення служби слід розглядати як невідкладне завдання психологічної служби Збройних Сил України.

Власне, у попередніх розділах магістерського дослідження здійснено теоретичний огляд проблеми соціально-психологічної реабілітації, окреслено особливості психічного здоров'я військових із бойовим досвідом та проведено емпіричне вивчення, що засвідчило наявність спектра труднощів: депресивних розладів різної тяжкості, підвищеної тривожності, симптомів ПТСР і порушень адаптації тощо. Відтак розроблення практичних рекомендацій щодо соціально-психологічної реабілітації та підтримки реабілітації є вкрай актуальним і потребує першочергової реалізації. У подальшому доцільно звернутися до аналізу міжнародного досвіду впровадження програм соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців, зокрема в контексті їхньої реабілітації. Відкриті джерела свідчать, що система реабілітації в Армії оборони Ізраїлю (ЦАХАЛ) вибудована як чітко структурована міждисциплінарна взаємодія фахівців (психологів, соціальних працівників, реабілітологів тощо). Розгорнутий

огляд цього підходу подано у працях О. В. Вдовіченко, І. М. Соколової, О. В. Педченко, С. С. Степанової та О. В. Фролової [47]. Дослідники підкреслюють, що від Ізраїльсько-ліванської війни 1982 року надання психологічної допомоги військовим ґрунтується на низці принципів (VISED), які безпосередньо спрямовані на підтримку ефективної реадаптації після бойових дій [47, с. 108]:

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

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

S (Support) – підтримка (як від фахівця, так і від учасників групи, у випадку групової роботи з військовими). Це дає можливість відчувати те, що ти не один пережив подібний досвід; психолог може надавати емоційну підтримку, формувати атмосферу прийняття;

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

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

Зазначені принципи реалізували фахівці спеціально утворених підрозділів CFRU (Combat Fitness Retraining Unit). До складу таких підрозділів входили різні спеціалісти – «психіатри, соціальні працівники, клінічні психологи, інструктори зі спорту та бойової підготовки» [47, с. 108].

У дослідженні D. Hall, присвяченому взаємозв'язку між участю військовослужбовців у бойових діях та їхнім психічним здоров'ям, показано, що застосування принципів VISED суттєво підвищує відновлення боєздатності та зменшує імовірність розвитку посттравматичного стресового розладу приблизно на 30 % порівняно з тими, хто такої допомоги не отримував.

Як видно, система реабілітації охоплює низку ключових компонентів і передбачає роботу не лише з військовослужбовцями, а й із членами їхніх сімей та широкою громадськістю. Такий комплексний підхід дає змогу розв'язувати завдання швидше й результативніше. В Ізраїлі відповідальні підрозділи забезпечують реабілітаційні послуги через мережу державних і приватних організацій [47, с. 110-111]: «Zahal Disabled Veterans Organization», «Lahavah» займаються наданням психологічної допомоги ветеранам, психологічної реабілітації, допомога в адаптації до цивільного життя;

«Shinui», «Namut» – фокусуються на терапії ПТСР та супутніх проблем з психічним здоров'ям ветеранів;

«Magen Avot» – організація, що працює з батьками військовослужбовців (загиблими, пораненими, зниклими безвісти, військовополоненими), фокус уваги на наданні їм психологічної підтримки та допомоги, пристосування до життя «по-новому»;

«Lev LaChayal» – психологічний супровід, професійна переорієнтація ветеранів ЦАХАЛ; робота з членами їхніх сімей (дружини, чоловіки, діти, тощо) та ін.

Наведений перелік інституцій не є вичерпним, утім принциповим є те, що спектр психологічної, соціальної, професійної та юридичної підтримки спрямований не лише на діючих і колишніх військовослужбовців, а й на членів їхніх сімей. Оскільки родина також потребує фахової допомоги,

залучення сімейного контексту прискорює адаптацію й реінтеграцію військових у цивільне життя.

Звертаючись до американського досвіду реабілітації військовослужбовців, варто відзначити низку інституційних рішень, що безпосередньо підтримують соціальну реадaptaцію. Із 1979 року у США функціонує Національна програма реабілітації ветеранів, а з 2011 року запроваджено систему PSC (Polytrauma System of Care), орієнтовану на психологічну та соціальну підтримку військових. Програма реалізується через розгалужену мережу центрів (понад 600 відділень у всіх штатах) [40, с. 43]. Питання, що стосуються колишніх військовослужбовців, координує Міністерство у справах ветеранів США (Department of Veterans Affairs), до складу якого входять спеціалізовані підрозділи. Перелік цих підрозділів охоплює широкий спектр напрямів: охорону фізичного здоров'я, психологічну допомогу й реабілітацію, освітні послуги та професійну переорієнтацію, а також вшанування пам'яті і питання поховань. Така багатовимірна, державою забезпечена підтримка формує дієвий механізм повернення та інтеграції колишніх військових у цивільне суспільство – не лише на етапі первинної адаптації після звільнення, а й упродовж усього життя [21, с. 40].

М. Базаєва, аналізуючи еволюцію державної політики США щодо ветеранів, підкреслює: ключовим висновком є потреба у формуванні публічно обговорюваного державного підходу до ветеранських питань. Саме на цій основі має розвиватися модель комплексного захисту інтересів ветеранів, спрямована на їхню повноцінну інтеграцію в цивільне життя, а також на належне вшанування пам'яті та формування позитивного образу ветерана в суспільній свідомості [5, с. 20].

Окрім аналізу досвіду надання послуг з соціально-психологічної та інших видів реабілітації військовослужбовців в Ізраїлі та США (а це країни, в яких відбуваються військові дії або ж на їх території безпосередньо, або за

її межами), проаналізуємо досвід однієї з країн-членів НАТО, а саме Великобританії.

Роботу зі збереження психічного здоров'я військовослужбовців забезпечують різні фахівці. Це можуть бути «welfare officers»/офіцери соціального забезпечення; «family officers»/офіцер по роботі з родинами військовослужбовців; фахівці з Trauma Risk Management (TRiM). В умовах виконання бойових завдань до спеціалістів по TRiM долучають додаткову команду «field mental health teams» (FMH) [46, с. 31-32]. До структурних підрозділів які займаються відновленням психічного здоров'я військовослужбовців також відносяться Departments of Community Mental Health (DCM), це такі місцеві відділи ментального здоров'я в яких можна отримати послуги психіатра, психолога, а також медсестр (які пройшли підготовку з «втручань низької інтенсивності»).

Аналіз зарубіжних підходів до організації комплексної, зокрема соціально-психологічної, реабілітації військовослужбовців свідчить, що йдеться про державною регульовану систему з розгалуженою інфраструктурою та належним фінансуванням. Вона орієнтована не лише на ветеранів, а й на резервістів, діючих військових і членів їхніх сімей. Така модель підтримує відновлення психічного здоров'я та виконує профілактичну функцію, полегшуючи соціальну реадаптацію.

2.2. Практичні рекомендації та поради щодо психологічної підтримки військовослужбовців в процесі соціальної реадаптації

У контексті соціальної реадаптації визначення стану психічного здоров'я військовослужбовців є критично важливим завданням. Згідно з офіційними даними Міністерства у справах ветеранів України, станом на 05.10.2022 функціонують п'ять центрів соціально-психологічної реабілітації

[38] – у м. Бородянка, смт Іванків, м. Боярка, м. Славутич та м. Коростень. Водночас потреба у допомозі серед ветеранів уже нині, а також очікуваний попит на соціально-психологічну реабілітацію у майбутньому, суттєво перевищують спроможності наявних центрів. За аналітичними даними, оприлюдненими на офіційному порталі Міністерства у справах ветеранів, у жовтні 2023 року налічувалося 851 068 ветеранів війни, з яких майже 58 % – учасники бойових дій, 21 % – учасники війни, 13 % – члени сім'ї загиблого/померлого ветерана [2]. Ця інформація відразу ж викликає питання щодо організації комплексної допомоги з реабілітації та реадaptaції військовослужбовців як на рівні державних організацій, так і приватних центрів, завдяки чому буде можливо охопити більшу частину військовослужбовців, які потребують послуг з будь-якого виду реабілітації. Вважаємо, що наступні рекомендації щодо організації та здійснення соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців, сформульованих, ґрунтуючись на досвіді впровадження програм СПР як в Україні, так і закордоном, стануть у нагоді фахівцям.

Так, В. І. Андрущенко пропонує наступні кроки [3, с. 13]: профорієнтацію та професійну перепідготовку (зокрема розроблення спеціалізованих програм, підтримку працевлаштування та сприяння започаткуванню власної справи); взаємодію з військовослужбовцями через центри зайнятості, поширення інформаційних матеріалів про доступні послуги; координацію дій між установами, що надають допомогу (центрами зайнятості, осередками соціальної підтримки тощо); а також проведення профорієнтаційних заходів не лише для звільнених у запас, а й для чинних військових та тих, хто готується до звільнення.

Т. О. Гудзь досліджуючи стан соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців в Україні рекомендує реалізацію в центрах СПР наступних завдань [12, с. 82]: 1) організація та надання консультативної або терапевтичної психологічної допомоги; 2) надання соціально-психологічної підтримки та допомоги членам родин ветеранів; 3) освітній

напрям (курси підвищення кваліфікації), професійна перепідготовка; 4) допомога в працевлаштуванні, співпраця з потенційними роботодавцями; 5) соціальний та правовий захист (консультації юристів, соціальних працівників, тощо).

Спираючись на сучасні дослідження в питанні соціально-психологічної реабілітації В. О. Лєсков наводить наступні рекомендації (див. Додаток 5). В. М. Форноляк рекомендує серед ключових напрямів соціально-психологічної реабілітації фокусувати особливу увагу саме на роботу з членами родин військовослужбовців, оскільки «фактор сімейного благополуччя має позитивну кореляцію з успішністю соціально-психологічної реабілітації в цілому» [36, с. 86]. Доречними будуть наступні рекомендації автора: проведення роботи з інформування родини про особливості військовослужбовців, що мають бойовий досвід; проведення сімейних психологічних консультацій з метою вирішення конфліктів в родині, налагодженні сімейних стосунків; залучення до надання психосоціальної допомоги ширшого кола осіб – близькі та віддалені родичі, друзі, колеги та інших осіб, оскільки це може пришвидшити процес реадаптації [36, с. 86].

В попередніх розділах було зазначено, що соціально-психологічна реадаптація є комплексним процесом, який включає в себе не тільки покращення стану психічного здоров'я військовослужбовців, а й заходи соціальної підтримки та сприяння інтеграції ветеранів до умов цивільного життя, тощо. Враховуючи дані, отримані нами в результаті теоретичного та емпіричного дослідження, можемо сформулювати наступні рекомендації:

1. Профілактика та подолання депресії та тривоги:

- навчання навичкам ефективних копінг-стратегій;
- навчання навичкам емоційної саморегуляції для подолання симптомів депресії та тривоги;
- формування навичок здорового, критичного мислення.

2. Правова регуляція та соціальна допомога в питаннях гарантій військовослужбовцям:

- інформування щодо питання отримання пільг та статусу учасника бойових дій;
- інформування щодо державних гарантій надання психологічної допомоги та різних видів реабілітації.

3. Якісна підготовка майбутніх психологів, що будуть взмозі реагувати на запити під час практичного консультування. Післяповоєнна реальність формує стабільний попит на фахівців, здатних працювати з травмою, втратою, реадaptaцією та сімейними системами – ОП має навчати саме цьому.

4. Профорієнтація та професійна переорієнтація:

- кар'єрне консультування в питаннях зміни професії;
- допомога в проходженні курсів підвищення кваліфікації;
- допомога та інформування в питаннях працевлаштування після звільнення в запас.

Крім зазначеного вище, на основі проведеного дослідження, опитування практикуючих психологів та досвіду зарубіжних країн варто акцентувати увагу на наступних ключових пропозиціях:

1. Розширення мережі через «мобільні ланки» і телепсихологію. З огляду на обмежену кількість центрів, створити мобільні мультидисциплінарні команди (психолог, соціальний працівник, юрист/кейс-менеджер) у кожній області для виїзної роботи в громадах, військових частинах і пунктах демобілізації. Паралельно розгорнути захищені телеплатформи (відеоконсультації, асинхронні чати, кризові лінії 24/7) та «цифрові кабінети ветерана» з навігацією послуг, записом, самооцінками і нагадуваннями про візити – це дозволить охопити значно більшу частку потребуючих без прив'язки до стаціонарних потужностей.

2. Сімейно-орієнтована реадaptaція і робота з найближчим

оточенням. Інституціоналізувати сімейні модулі в кожному центрі: короткі програми психоедукації для родичів, навички підтримувальної комунікації, сімейне консультування для профілактики конфліктів і насильства, групи взаємодопомоги для партнерів/батьків. Розширити залучення «поля підтримки» – близьких родичів, друзів, колег – через фасилітовані зустрічі та спільні плани реадaptaції (return-to-life plans). Це знижує стигму, пришвидшує відновлення соціальних ролей і підвищує стійкість результатів.

3. Підготовка і супервізійна підтримка кадрів. У межах ОП «Психологія» та післядипломної освіти впровадити обов'язкові модулі з військової психології, кризового втручання, роботи з травмою, кейс-менеджменту, правових гарантій і міжвідомчої взаємодії. Забезпечити регулярні супервізії, інтервізійні групи та профілактику професійного вигорання для фахівців СПР. Паралельно – розбудувати інститут підготовлених «peer supporters» (ветеранів-менторів), інтегрованих у команди як провідників довіри та мотиваційної підтримки.

4. Фінансування, ваучери та державно-приватне партнерство. Окрім розширення державних спроможностей, запровадити ваучерні механізми на психотерапію/соцпослуги у сертифікованих приватних та НУО-провайдерів з чіткими стандартами якості. Передбачити оплату результату (outcome-based contracts): частина фінансування виплачується за досягнення індикаторів реадaptaції (зменшення симптоматики, повернення до навчання/роботи, відновлення сімейного функціонування).

5. Профілактика та робота зі стигмою на рівні громад. Розгорнути національну інформаційно-освітню кампанію з тематики психічного здоров'я і реадaptaції, навчання лідерів громад, освітян і медіаторів навичкам базової психологічної підтримки (PFA) та маршрутизації. Це зменшить бар'єри звернення по допомогу, підвищить раннє виявлення проблем і зміцнить «першу лінію» підтримки в громаді.

Отже, соціально-психологічна реабілітація – це багатовимірний процес підтримки, спрямований як на військовослужбовців, так і на їхні родини, оскільки сімейний контекст є ключовим чинником успішної реадаптації. Обмежена мережа профільних установ в Україні зумовлює потребу у невідкладних державних рішеннях щодо розширення доступу та спроможності послуг. Запропоновані нами рекомендації охоплюють: психологічну допомогу з метою відновлення та зміцнення психічного здоров'я; організацію соціальної й правової підтримки; профорієнтацію та професійну перепідготовку/перекваліфікацію; системну роботу з членами сімей військовослужбовців.

Ключовою умовою стійких результатів є сімейно-орієнтована реадаптація: психоедукація для родичів, навички підтримувальної комунікації, сімейне консультування та групи взаємодопомоги зменшують стигму, конфлікти та пришвидшують відновлення соціальних ролей. Важливим доповненням є підготовка «peer supporters» – ветеранів-наставників, які підсилюють мотивацію і довіру до системи. Для якості та масштабування потрібні спеціалізовані дисципліни в ОП «Психологія» і післядипломні модулі з військової психології, кризових втручань, роботи з травмою й кейс-менеджменту, а також постійна супервізія фахівців. Запровадження ваучерів на психотерапію/соцпослуги, контрактів з оплатою за результат та розвиток державно-приватних партнерств забезпечать сталі ресурси й ефективність. Разом із національною антистигматизаційною кампанією це перетворить реадаптацію на послідовний, дієвий процес повернення військових і їхніх родин до повноцінного життя.

ВИСНОВКИ

Проведене в межах магістерського дослідження вивчення соціально-психологічної реадaptaції військовослужбовців є вагомим внеском як у теоретичний, так і в емпіричний напрями. Виконання поставлених завдань створює підґрунтя для формулювання таких висновків:

1. Теоретичний огляд проблематики психічного здоров'я військовослужбовців дав змогу окреслити найпоширеніші стани: посттравматичний стресовий розлад, тривожні та депресивні розлади, переживання бойового стресу, моральну травму, адикції, гостру стресову реакцію та суїцидальність. Їх значна поширеність у військовому середовищі є усталеним фактом для наукової спільноти. У контексті соціальної реадaptaції пріоритетом є розроблення комплексних превентивних заходів і, за наявності симптомів, надання багатокомпонентної фахової допомоги із залученням міждисциплінарної команди та найближчого оточення військового, щоб забезпечити безпечне повернення до цивільного життя.

2. Соціально-психологічна реабілітація розглядається як комплекс психологічних, педагогічних і соціальних заходів, спрямованих на відновлення, корекцію або компенсацію порушених психічних функцій і станів, а також на відновлення особистісного та соціального статусу військовослужбовців із психічною травмою, щоб забезпечити їхню успішну реадaptaцію в цивільному середовищі.

3. Отримані дані засвідчили наявність у військовослужбовців низки порушень психічного здоров'я, що потребують урахування під час соціальної реадaptaції. Зокрема, легкий ступінь депресії виявлено у 45,5 % (5 осіб), помірний – у 27,3 % (3 особи), а виражений – у 9 % (1 особа). Щодо тривожності: 27,3 % мають нормальний рівень, 27,3 % – легкий, 36,4 % – середній, 9 % – високий. Такі профілі симптоматики мають безпосередньо впливати на індивідуалізацію маршрутів реадaptaції та

підбір відповідних втручань.

Оцінювання ПТСР засвідчило, що 54,6 % учасників є адаптованими (ознаки ПТСР відсутні); 36,4 % мають порушення адаптації, що відповідає середньому рівню ризику розвитку ПТСР; у 9 % діагностовано ПТСР. Отримані дані підкреслюють потребу не лише в подальших емпіричних дослідженнях психічного здоров'я військовослужбовців, а й у розробленні цільових заходів, які підтримають його відновлення та пришвидшать соціальну реадaptaцію.

4. Порівняльний аналіз зарубіжних моделей засвідчив, що соціально-психологічна реабілітація є державно регульованою, належно профінансованою та інституційно розгалуженою системою. Вона охоплює не лише ветеранів, а й резервістів, чинних військових і членів їхніх сімей, забезпечуючи відновлення психічного здоров'я та виконуючи профілактичну функцію, критично важливу для успішної соціальної реадaptaції.

5. Наші рекомендації для підсилення соціальної реадaptaції включають: 1) системну психологічну допомогу для відновлення психічного благополуччя; 2) налагоджену соціальну та правову підтримку; 3) профорієнтацію й перекваліфікацію для виходу на ринок праці; 4) програми роботи з родинами військових. Теоретичний і емпіричний аналіз показав, що в цій сфері зберігаються суттєві прогалини, тому подальші дослідження мають стати одним із головних векторів розвитку психологічної науки та практики.

6. Ключовою умовою стійких результатів є сімейно-орієнтована реадaptaція: психоедукація для родичів, навички підтримувальної комунікації, сімейне консультування та групи взаємодопомоги зменшують стигму, конфлікти та пришвидшують відновлення соціальних ролей. Важливим доповненням є підготовка «peer supporters» – ветеранів-наставників, які підсилюють мотивацію і довіру до системи. Для якості та масштабування потрібні спеціалізовані дисципліни в ОП «Психологія» і

післядипломні модулі з військової психології, кризових втручань, роботи з травмою й кейс-менеджменту, а також постійна супервізія фахівців. Запровадження ваучерів на психотерапію/соцпослуги, контрактів з оплатою за результат та розвиток державно-приватних партнерств забезпечать сталі ресурси й ефективність. Разом із національною антистигматизаційною кампанією це перетворить реадаптацію на послідовний, дієвий процес повернення військових і їхніх родин до повноцінного життя

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В., Ткаченко В. В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ. 2016. 234 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/107163/1/Посібник%20НПС_16.pdf (дата звернення: 18.10.2025).
2. Аналітична інформація за даними Міністерства у справах ветеранів України. URL: <https://data.mva.gov.ua/> (дата звернення: 18.10.2025).
3. Андрущенко В. І. Соціально-психологічна адаптація учасників бойових дій. *Психологічний журнал*. Умань: ВПЦ «Візаві». 2022. Вип. 8. С. 6-16.
4. Анкета здоров'я пацієнта (PHQ-9). URL: https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/PHQ-9_rus.pdf (дата звернення: 18.10.2025).
5. Базаєва М. Витоки новітньої структури та інституціоналізації державної політики щодо ветеранів у США. *Актуальні питання суспільних наук та історії медицини*. 2022. # 1 (33). С. 14-20. URL: <http://e-apsnim.bsmu.edu.ua/article/view/263326> (дата звернення: 18.10.2025).
6. Балаж М. С. Ерготерапія військовослужбовців та ветеранів із посттравматичним стресовим розладом: огляд літератури. *Health & Education*. 2023. №. 2. С. 46-52. URL: <https://journals.medacad.rivne.ua/index.php/health-education/article/view/19/19> (дата звернення: 18.10.2025).
7. Блінов О. Переживання бойового стресу військовослужбовцями підрозділів і тих, хто лікується в госпіталі. *Психологія і особистість*. 2022. №. 1. С. 85-99. URL: <http://psychpersonality.pnpu.edu.ua/article/view/252055/249516> (дата звернення: 18.10.2025).
8. Богомолець О. В., Пінчук І. Я., Ладик-Бризгалова А. К. Поширеність та структура посттравматичних психічних порушень в учасників бойових дій. *Архів психіатрії*. 2016. №. 22, № 2. С. 11-15.

9. Васильєв С. П., Зубовський Д. С. Психодіагностика посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *Український психологічний журнал*. 2016. №. 1. С. 6-16.

10. Всесвітня організація охорони здоров'я. Керівні принципи з охорони психічного здоров'я на робочому місці. Міжнародна організація праці. 2023. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/369584/WHO-EURO-2023-5166-44929-68953-ukr.pdf?sequence=1> (дата звернення: 18.10.2025).

11. Гавловський О. Д. Рівні тривожності та депресії учасників антитерористичної операції. *Україна. Здоров'я нації*. Вип. 1. 2019. С. 15-18.

12. Гудзь Т. О. Соціально-психологічна реабілітація українських ветеранів. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: Соціально-педагогічна*. 2019. Вип. 32. С. 74-86.

13. Гульбс О., Кобець О. Соціально-психологічна реабілітація учасників бойових дій. *Психологічний журнал*. Вип. 7. 2021 С. 100–106.

14. Довідник діагностичних критеріїв DSM-5 від Американської психіатричної асоціації / пер. з англ. О. Лизак, М. Прокопович; наук. ред. В. Горбунової, Л. Засекіної, О. Плевачук. Львів: Галицька Видавнича Спілка, 2023. 536 с.

15. Звіт про психічне здоров'я у світі: трансформація систем охорони психічного здоров'я для всіх. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ. 2023. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/372242?&locale-attribute=pt> (дата звернення: 18.10.2025).

16. Каряка І.В., Фартушна С. Психологічні чинники виникнення депресії у військовослужбовців. *Вісник Національного університету оборони України*. Київ: НУОУ. 2019. Вип. 3 (53). С.70 – 76. URL: <https://dspace.nau.edu.ua/handle/NAU/40957> (дата звернення: 18.10.2025).

17. Кожина Г. М., Друзь О. В., Хорошун Е. М., Зеленська К. О., Черненко І. О. Персоніфікований підхід до корекції стрес-асоційованих

розладів у військовослужбовців в умовах повномасштабного вторгнення. *Український вісник психоневрології*. 2022. Том 30. Випуск 2 (111). С. 50–53. URL: <https://repo.knmu.edu.ua/handle/123456789/30869> (дата звернення: 18.10.2025).

18. Козігора М. А. Прояви симптомів моральної травми у військовослужбовців та цивільного населення під час війни. *Науковий вісник Херсонського державного університету: наук. збірник. Серія «Психологічні науки»*. Херсон. 2022. Вип. 2. С. 20–27.

19. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І. О., Лозінська Н.С. Особливості ступеня вияву у військовослужбовців діагностичних індикаторів ПТСР, зумовленого впливом екстремальних чинників бойової діяльності. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2016. Вип. 20. С. 84–93.

20. Комар З. Психологічна стійкість воїна. Київ. 2017. 184 с. URL: https://shron1.chtyvo.org.ua/Komar_Zoran/Psykholohichna_stiikist_voina.pdf (дата звернення: 18.10.2025).

21. Костишин Е., Кіндій І. Деякі аспекти впровадження зарубіжного досвіду соціально-психологічної адаптації ветеранів та учасників бойових дій в Україні. Соціальна робота: становлення, перспективи, розвиток. Матеріали Всеукра. наук.-практ. конф. студ., курс. та молодих вчених, 9 лист. 2022 р. Львів : ЛДУ БЖД. 2022. С. 37–43. URL: https://sci.ldubgd.edu.ua/bitstream/123456789/11327/1/Кіндій_Костишин.pdf (дата звернення: 18.10.2025).

22. Корнута Л.М. Органи місцевого самоврядування в системі забезпечення культурних прав в Україні. *Правова позиція*. 2024. № 4 (45). С. 70–74. URL: https://legalposition.umsf.in.ua/archive/2024/4/4_2024.pdf DOI <https://doi.org/10.32782/2521-6473.2024-4.13> (дата звернення: 18.10.2025).

23. Корнута Л.М. Осадча Л.Ю. Особливості психології міжособового спілкування державних службовців. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія : Психологія*. 2025. № 3. С. 112–115. URL:

<http://psy-visnyk.uzhnu.uz.ua/index.php/psy/issue/view/21>

<https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2025.3.20> (дата звернення: 18.10.2025).

24. Кузьменко К. В., Чередниченко Т. В. Визначення гострої стресової реакції, що виникла внаслідок надзвичайної ситуації. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції курсантів і студентів «Наука про цивільний захист як шлях становлення молодих вчених», 13 трав. 2021 р., м. Черкаси. С. 191-192. URL: <https://nuczu.edu.ua/images/topmenu/science/konferentsii/2021/8.pdf#page=191> (дата звернення: 18.10.2025).

25. Лесков В. О. Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців із районів військових конфліктів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня к. психол. н. : 19.00.09. Хмельницький. 2008. 20 с.

26. Лесков В. О. Теоретичні основи соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців. *Наука і освіта*. № 5-6. С. 56-60. URL: <http://dspace.pdpu.edu.ua/handle/123456789/12335> (дата звернення: 18.10.2025).

27. Лурін І. А. Особливості соціально-психологічної адаптації військовослужбовців-учасників бойових дій. *Проблеми військової охорони здоров'я*. 2017. №. 49 (2). С. 62-70.

28. Маковський А. О., Маковська Н. Роль військового капелана у збереженні психічного здоров'я військовослужбовців. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2023. №. 2. С. 77-80. URL: <http://chasopys-ppp.dp.ua/index.php/chasopys/article/view/398/353> (дата звернення: 18.10.2025).

29. Медичні заходи з попередження пресуїцидальних форм поведінки військовослужбовців в умовах воєнного конфлікту та після його завершення. Київ: «Центр учбової літератури». 2023. 60 с. URL: <https://jurkniga.ua/contents/medichni-zakhodi-z-poperedzhennya-presuitsidalnikh-form-povedinki-viyskovosluzhbovtziv-v-umovakh-voienного-konfliktu-ta-pislya-yogo-zavershennya.pdf> (дата звернення: 18.10.2025).

30. Мозольов В., Ганджа В. Критерії та показники психічного здоров'я військовослужбовців Збройних Сил України. *Вісник Національного університету оборони України*. 2021. С. 144-150. URL: <http://visnyk.nuou.org.ua/article/view/226243/226819> (дата звернення: 12.10.2025).

31. Міністерство у справах ветеранів України. Перелік центрів соціально-психологічної реабілітації (офіційна інфо, контакти центрів: Бородянка, Іванків, Боярка, Славутич, Коростень). URL: https://mva.gov.ua/tsentri-sotsialno-psihologichnoi-reabilitatsii-1?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 12.10.2025).

32. Стан психічного здоров'я військовослужбовців. URL: <https://armyinform.com.ua/2023/02/28/stan-psyhichnogo-zdorovya-vijskovosluzhbovcziv-znachno-girshyj-nizh-sered-reshty-naselennya/> (дата звернення: 18.10.2025).

33. Титаренко Т.М. Соціально-психологічна реабілітація особистості: етапи, технології, техніки. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2018. Вип. 41. С. 157-167. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/713738/1/Соціально-психологічна%20реабілітація%20особистості.%20Етапи,%20технології,%200техніки.pdf> (дата звернення: 18.10.2025).

34. Ткачук І. М. Поширеність тривожних та депресивних розладів у військовослужбовців-учасників антитерористичної операції. *Вісник наукових досліджень*. 2018. №. 1. С. 64-66.

35. Понятовська І. Кваліфікаційне дослідження про особливості соціально-психологічної реабілітації військових (актуальна систематизація підходів). 2024. URL: <https://dspace.onua.edu.ua/server/api/core/bitstreams/75c98aaf-0373-438e-aac7-73a97069c7c6/content> (дата звернення: 18.10.2025).

36. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Допомога військовим з посттравматичним стресовим розладом. URL:

<https://mva.gov.ua/ua/veteranam/likuvannya-ta-reabilitaciya/centri-z-nadannya-poslug-psihologichnoyi-reabilitaciyi/centri-socialno-psihologichnoyi-reabilitaciyi> (дата звернення: 18.10.2025).

37. Шкала тривоги Бека. URL: <https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Шкала-Тривоги-Бека.pdf> (дата звернення: 18.10.2025).

38. Якимець В. М., Печиборщ В. П., Вороненко В. В., Якимець В. В., Печиборщ О. В., Никоненко А. В., Слабкий Г. О. Гарантована психологічна допомога та реабілітація військовослужбовців – складова національної безпеки. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2022. № 3 (93). С. 41-50. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/46806/1/Текст%20статті.pdf> (дата звернення: 18.10.2025).

39. Blore J. D., Sim M. R., Forbes A. B., Creamer M. C., & Kelsall H. L. (2015). Depression in Gulf War veterans: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 45(8), 1565–1580. URL: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/depression-in-gulf-war-veterans-a-systematic-review-and-metaanalysis/EE924B9C09AD20826B1721548A0272C9> (дата звернення: 18.10.2025).

40. Bray Robert M., Janice M. Brown, and Jason Williams. Trends in Binge and Heavy Drinking, Alcohol-Related Problems, and Combat Exposure in the U.S. Military. *Substance Use & Misuse* 48, Vol. 10 (2013). P. 799–810.

41. Hall D. Stress, Suicide, and Military Service during operation Uphold Democracy. *Military Medicine*. 1996. No3. 159-162. PMID: 8637645. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8637645/> (дата звернення: 18.10.2025).

42. Oster, C., Morello, A., Venning, A., Redpath, P., & Lawn, S. (2017). The health and wellbeing needs of veterans: a rapid review. *BMC psychiatry*, 17(1), 414 p.

43. Russell, M.C., Figley, C. (2021). *Psychiatric Casualties: How and Why the Military Ignores the Full Cost of War*. New York: Columbia University Press.

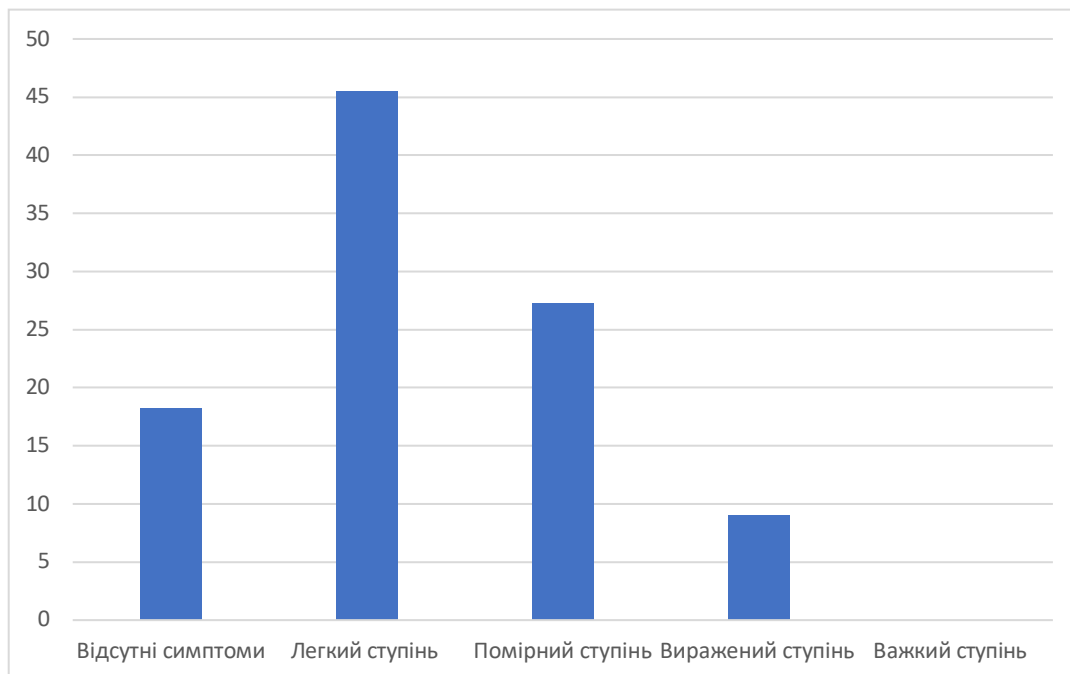
44. Shvets, A. V., Horishna, O. V., Kikh, A. Y., Ivantzova, G. V., Gorshkov, O. O., & Richka, O. V. (2021). Peculiarities of the organization of psycho-medical rehabilitation of servicemen in NATO member countries and partnership for peace countries. *Ukrainian Journal of Military Medicine*. 2(4), 26. URL: <https://ujmm.org.ua/index.php/journal/article/view/224/150> (дата звернення: 18.10.2025).

45. IASC Guidelines on MHPSS in Emergency Settings (2007/2022 ed.). URL: <https://surl.li/dnidio> (дата звернення: 18.10.2025).

46. VA Polytrauma System of Care (PSC). URL: https://www.polytrauma.va.gov/?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 18.10.2025).

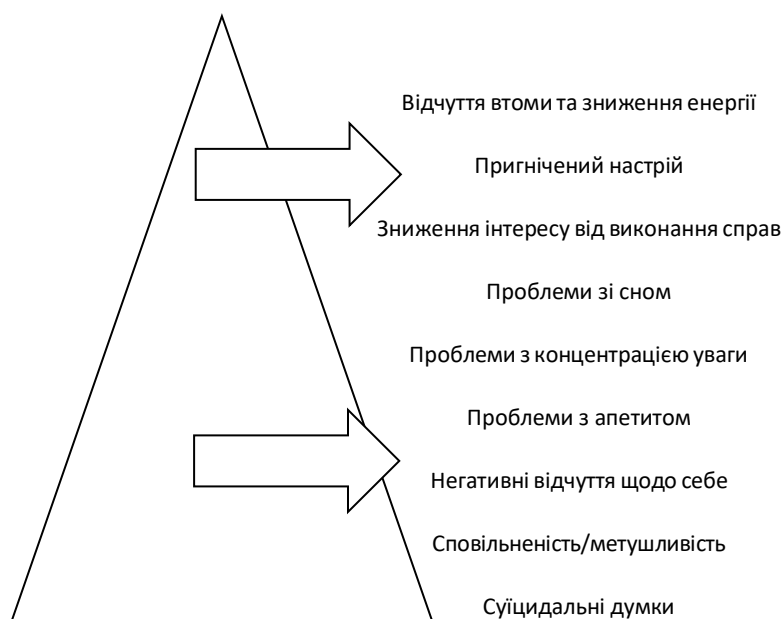
ДОДАТКИ:

Додаток 1.

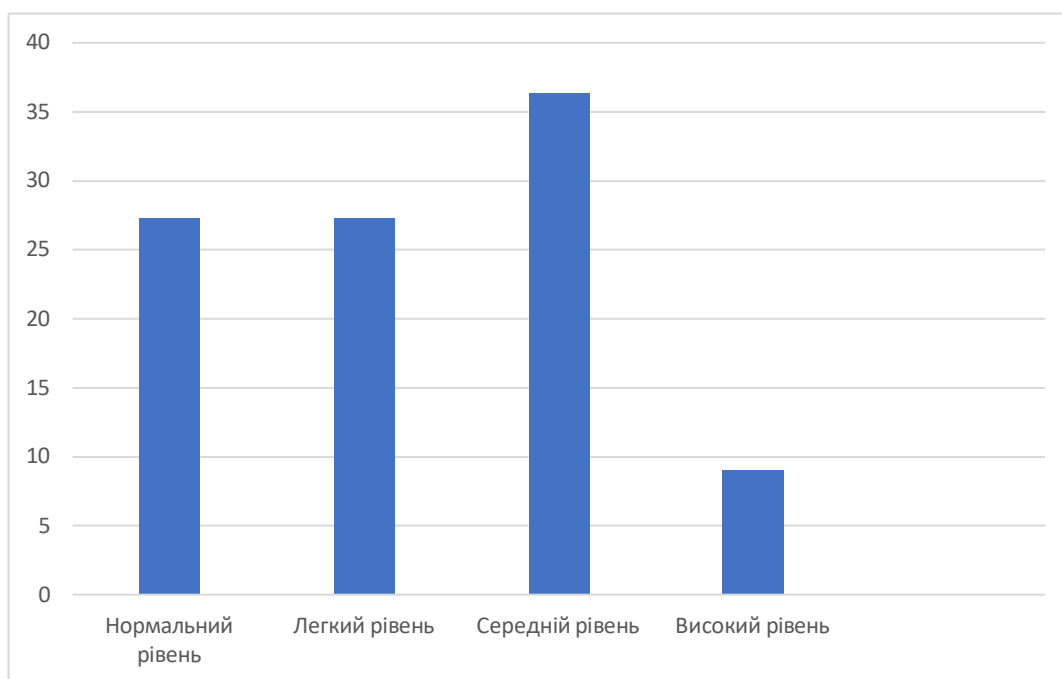


Результати по методиці «Анкета здоров'я пацієнта» PHQ-9

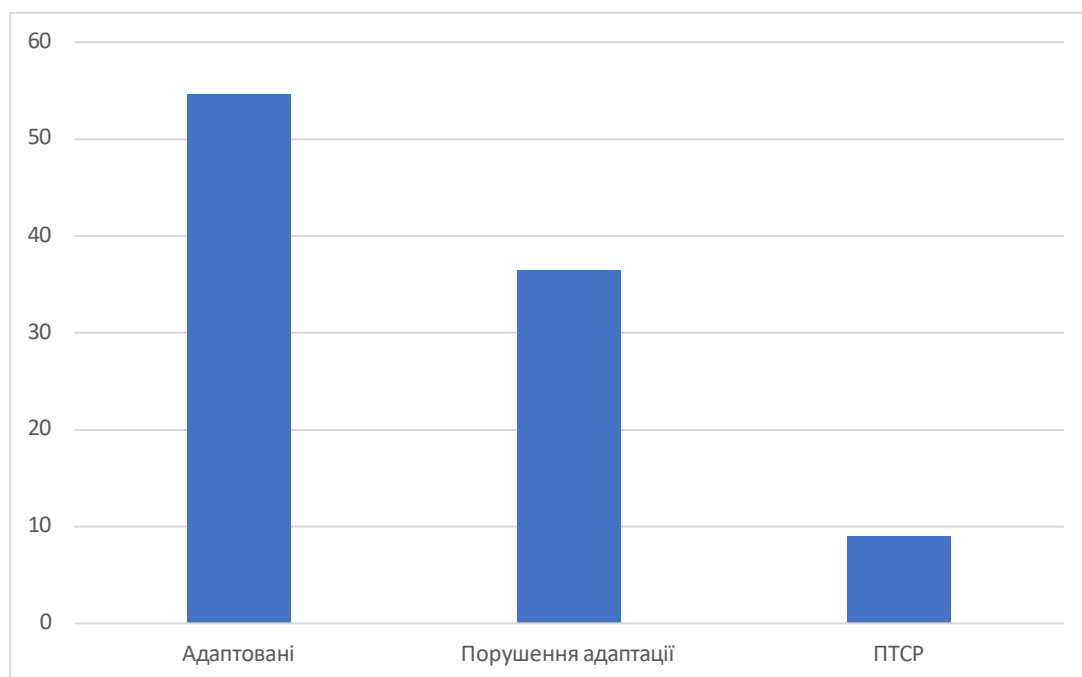
Додаток 2.



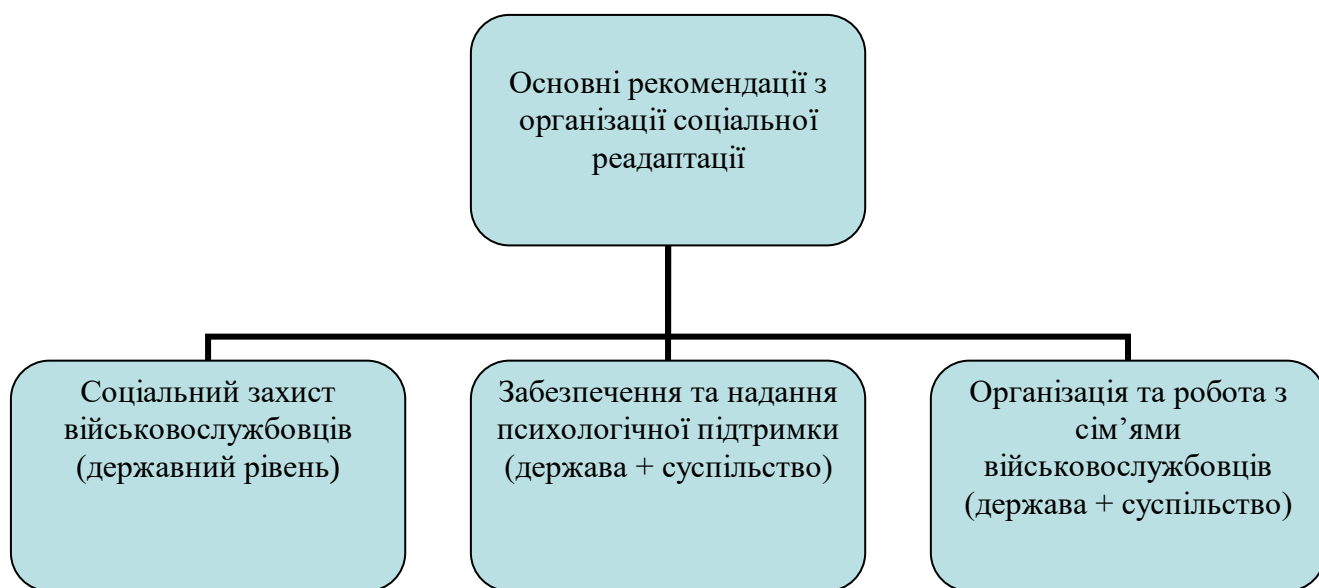
Рейтингові значення анкети

Додаток 3.

Рівень тривоги військовослужбовців за методикою «Шкала тривоги Бека»
(Beck Depression Inventory, BDI)

Додаток 4.

Результати дослідження ПСТР за методикою «Міссісіпська шкала
посттравматичного стресового розладу»

Додаток 5.

Рекомендації з організації соціальної реабілітації військовослужбовців