

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МАРИУПОЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ НІВЕРСИТЕТ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

До захисту допустити:
в.о. завідувача кафедри




Олена БЛАШКОВА

«24» листопада 2025 р.

**«ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ»**

Кваліфікаційна робота здобувача
другого (магістерського) рівня вищої
освіти освітньо-професійної програми
«Практична психологія»
Бурика Михайла Олександровича
Науковий керівник:
Задорожна-Княгницька Л.В.,
доктор. пед. наук, професор
Рецензент:
Застело А.О. канд. психол. наук,
доцент кафедри соціальної роботи та
психології Національного
університету «Запорізька політехніка»

Кваліфікаційна робота
захищена з оцінкою
«95/А/відмінно»
Секретар



ЕК Ольга РЕБРО
«24» грудня 2025 р.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	3
ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАСАДИ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ.....	9
1.1. Загальна характеристика комплексної реабілітації.....	9
1.2. Світовий досвід реабілітації військовослужбовців та ветеранів..	14
1.3. Специфіка системи реабілітації військовослужбовців та ветеранів війни в Україні.....	20
Висновки до розділу 1.....	25
РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЯК СКЛАДОВА КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ.....	27
2.1. Особливості організації комплексної реабілітації військовослужбовців та ветеранів	27
2.2. Роль психологічної допомоги у комплексній реабілітації військовослужбовців та ветеранів в Україні.....	33
2.3. Симптоматика, механізми формування та вплив на психіку військовослужбовців та ветеранів війни ПТСР/КПТСР.....	38
Висновки до розділу 2.....	45
РОЗДІЛ 3. СУЧАСНА ПРАКТИКА ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ	47
3.1. Опис програми психологічної реабілітації військовослужбовців та ветеранів війни.....	47
3.2. Результати психодіагностики військовослужбовців та ветеранів до впровадження Програми.....	50

3.3. Результати психодіагностики військовослужбовців та ветеранів після впровадження Програми.....	62
Висновки до розділу 3.....	72
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ.....	74
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	76
ДОДАТКИ.....	89

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

- ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
- ГСР – Гострий стресовий розлад
- ЄС – Європейський Союз
- ЗОВА – Запорізька обласна військова адміністрація
- ЗОЦЗ – Запорізький обласний центр зайнятості
- КПТ – Когнітивно-поведінкова терапія
- КПТСР – Комплексний посттравматичний стресовий розлад
- МКФ – Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я
- МКХ-11 – Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду
- НСЗУ – Національна служба здоров'я України
- НПА – Національна психологічна асоціація
- ООН – Організація Об'єднаних Націй
- ПТСР – Посттравматичний стресовий розлад
- США – Сполучені Штати Америки
- 4DSQ – Four-Dimensional Symptom Questionnaire (Чотиривимірний опитувальник симптомів)
- APA – American Psychological Association (Американська психологічна асоціація)
- EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing (десенсибілізація і репроцесинг рухами очей)
- ITQ – International Trauma Questionnaire (Міжнародний опитувальник травми)
- NATO – North Atlantic Treaty Organization (Організація Північноатлантичного договору, НАТО)
- VAS – Visual Analogue Scale (Візуальна аналогова шкала)
- VR-терапія – терапія віртуальною реальністю

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Війна стала для українців масштабним випробуванням, що спричинило значні фізичні, психологічні та соціальні наслідки, які суттєво вплинули на населення, зокрема на стан здоров'я військовослужбовців, безпосередньо залучених до бойових дій. Необхідність вирішення питання їх психологічної реабілітації зумовлене складністю психічних наслідків бойового досвіду, які охоплюють спектр емоційних, когнітивних та поведінкових порушень. Довготривале перебування у зоні підвищеного стресу, безпосередня загроза життю та втрата побратимів формують передумови для розвитку посттравматичних стресових розладів, депресивних станів, тривожних розладів, соматичних порушень і соціальної дезадаптації. Відсутність своєчасної професійної підтримки ускладнює адаптацію до цивільного життя, посилює кризові стани та сприяє формуванню деструктивних поведінкових стратегій. З огляду на це, важливим етапом відновлення фізичного та психічного здоров'я є психологічна реабілітація, яка спрямована на стабілізацію емоційного стану, відновлення когнітивних функцій та корекцію поведінкових патернів.

Аналіз наукових джерел свідчить, що питанням медичної та комплексної медико-психологічної реабілітації військовослужбовців та ветеранів присвятили свої роботи українські автори: К. Бабов, І. Заболотна, Т. Польщаківа, Г. Дмитрієва, С. Гуща, Ю. Бриндіков, О. Гавловський, А. Котвіцька, Н. Кононенко, В. Чікіткіна, Я. Лавренюк, О. Кулешова, М. Матяш, В. Самойленко, С. Мішура, С. Мелешук, В. Цимбалюк, В. Стеблюк, О. Друзь, А. Швець, І. Серєда, О. Шевченко, Л. Хащівський, І. Черненко та ін.

Аспекти психологічної реабілітації воїнів висвітили у своїх роботах наступні автори: Л. Балабанова, В. Власов, Л. Вольнова, О. Борисова, Н. Гончаренко, І. Гончаренко, І. Заболотна, І. Балашова, Т. Безверхнюк, О. Колесніченко, І. Приходько, Я. Мацєгора, І. Крук, І. Григус, С. Підлужна, Н. Корчан, О. Пучина, С. Калинич та ін.

Правове регулювання реабілітації представлено в чинному законодавстві та в роботах К. Куркова, Л. Луценко-Миськів, А. Швець, А. Кіх, О. Волянський, О. Горішина, Ю. Депутат та ін. Однак, в цілому, є відчутним дефіцит досліджень та настанов з питань комплексної та психологічної реабілітаційної допомоги військовослужбовцям та ветеранам війни, що вказує на **актуальність** проблематики даного дослідження.

Мета роботи: теоретично обґрунтувати та розробити алгоритм відновлення психічного здоров'я військовослужбовців та ветеранів війни за допомогою методів з доведеною ефективністю та інноваційних методів у процесі психологічної реабілітації.

Відповідно до мети дослідження були поставлені такі **завдання**:

1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми комплексної реабілітації військовослужбовців та ветеранів війни та уточнити базові поняття дослідження.

2. Дослідити сутність та зміст психологічної реабілітації як ключового компонента комплексної допомоги військовослужбовцям та ветеранам війни.

3. Розробити алгоритм психологічної реабілітації військовослужбовців та ветеранів війни як складової комплексної реабілітації та перевірити його ефективність.

Об'єкт дослідження – комплексна реабілітація військовослужбовців та ветеранів війни.

Предмет дослідження – психологічна складова комплексної реабілітації військовослужбовців та ветеранів війни в Україні.

Гіпотеза дослідження – психологічна реабілітація військовослужбовців та ветеранів війни сприяє значущому зниженню рівня ПТСР, дистресу, депресії, тривожності та соматизації, а також покращенню фізичного та емоційного стану, що виражається у зменшенні больових відчуттів та дискомфорту.

Для реалізації завдань і перевірки гіпотези дослідження було використано комплекс **методів**, адекватних об'єкту та предмету дослідження:

1. Теоретичні методи: аналіз наукових джерел; порівняльний (для порівняння різних наукових поглядів); феноменологічний (для уточнення сутності, змісту й особливостей базових понять дослідження); систематизація й узагальнення теоретичних положень (для з'ясування стану розробленості проблеми дослідження у психологічній теорії та практиці).

2. Емпіричні методи: психодіагностичне тестування за допомогою методик «Міжнародний опитувальник травматичних подій (ITQ)», «Чотиривимірний опитувальник симптомів (4DSQ)», «Візуально-аналогова шкала (VAS)».

3. Методи елементарної математичної статистики, кореляційний аналіз із застосуванням коефіцієнту Пірсона.

Дослідження проводилося в Студії практичної психології «Персона» у м. Запоріжжя за підтримки Ізраїльської медичної місії в Україні та Національної психологічної асоціації України (дивізіон військової психології; дивізіон стресу і психологічної травми). Конфлікт інтересів відсутній.

Практична значущість роботи полягає у формуванні системи довготривалого психологічного супроводу та адаптації міжнародного досвіду до національних реалій. Враховуючи, що ефективність реабілітації залежить від індивідуального підходу та комплексності втручання, запропонована модель роботи може слугувати основою для вдосконалення програм психологічної підтримки військовослужбовців в Україні. Таким чином, це дослідження є певним внеском у розвиток системи психологічної реабілітації військових, підтверджуючи необхідність інтеграції різних методів реабілітаційної допомоги для досягнення довготривалих результатів у відновленні психічного здоров'я та соціальної адаптації ветеранів. Результати дослідження можуть бути використані у процесі фахової підготовки майбутніх психологів у закладах вищої освіти (в курсах навчальних дисциплін «Психологія травми», «Патопсихологія», «Клінічна психологія», «Психологія здоров'я» тощо, а також для психологів-практиків.

Апробація результатів дослідження: матеріали дослідження

доповідались та обговорювались на засіданнях кафедри практичної психології Маріупольського державного університету (м. Київ) та представлені на двох Міжнародних конференціях (VIII Міжнародна наукова конференція «Технології, інструменти та стратегії реалізації наукових досліджень» 21.02.2025 р.; IX Міжнародна науково-теоретична конференція «Рушійна сила науки та тенденції її розвитку», 17 жовтня 2025 р. Лондон, Англія, Велика Британія.

Публікація за темою дослідження:

Пучина О.В., Бурик М.О. Психологічні аспекти комплексної реабілітації військовослужбовців та ветеранів війни: багатовимірний підхід до відновлення. *Технології, інструменти та стратегії реалізації наукових досліджень: збірник наукових праць із матеріалами VIII Міжнародної наукової конференції*, м. Запоріжжя, 21 лютого, 2025 р. / Міжнародний центр наукових досліджень. Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС Груп», 2025. С. 225-228.

Бурик М. Світовий досвід реабілітації військовослужбовців та ветеранів. The driving force of science and trends in its development: collection of scientific papers «SCIENTIA» with Proceedings of the IX International Scientific and Theoretical Conference, October 17, 2025. London, England, United Kingdom: International Center of Scientific Research. PP.221-224.

Бурик М., Задорожна-Княгницька Л. Особливості організації комплексної реабілітації військовослужбовців та ветеранів. *Магістерські студії психолого-педагогічного факультету МДУ. Випуск 3*. Київ: МДУ. 2025. С. 270-277.

Задорожна-Княгницька Л., Хаджинова І., Бурик М. Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців та ветеранів війни в умовах викликів. *Перспективи та інновації науки. Серія «Педагогіка». Серія «Психологія». Серія «Медицина»*. №10(56). 2025. С. 1521-1533.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел, який охоплює 99 найменувань (з них 10 - іноземною

мовою), 2 додатків (на 2 сторінках). Загальний обсяг роботи складає 90 сторінок, із них обсяг основного тексту становить 75 сторінок. Робота містить 10 таблиць та 6 рисунків.

РОЗДІЛ 1.

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАСАДИ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ

1.1. Загальна характеристика комплексної реабілітації

ВООЗ визначає реабілітаційну допомогу як одну з ключових стратегій у сфері охорони здоров'я, поряд із промоцією здоров'я, профілактикою захворювань, лікуванням та паліативною допомогою [84]. Попри її важливість, тривалий час реабілітація залишається недостатньо дослідженою, а її роль у забезпеченні добробуту окремої людини та суспільства загалом недооцінювалася. Слід зазначити, що реабілітація спрямована не стільки на запобігання чи усунення наслідків захворювань і травм, скільки на відновлення функціональних можливостей людини та мінімізацію тривалих наслідків первинних проблем зі здоров'ям.

Реабілітаційна стратегія охорони здоров'я являє собою самостійну складову системи охорони здоров'я, основною метою якої є досягнення максимально можливого рівня функціонування особистості у взаємодії з її соціальним та фізичним середовищем. Вона спрямована на забезпечення соціальної інтеграції, незалежності та оптимізації участі індивіда в суспільному житті. Для цього застосовуються інтегративний підхід, що включає розвиток і зміцнення особистісних ресурсів, створення сприятливих умов у навколишньому середовищі, а також стимулювання активної взаємодії особи із цим середовищем.

Реабілітація є невіддільним компонентом комплексної медичної допомоги, спрямованої на підтримку пацієнтів із гострими та хронічними захворюваннями, розладами або травмами, які обмежують їх функціональність. З огляду на зазначене стає очевидною необхідність розроблення та реалізації системних заходів для посилення медичної реабілітації як важливого напрямку охорони здоров'я.

Для формування цілісного розуміння реабілітації важливо звернутися до

ключових понять.

Відповідно до визначення ВООЗ, реабілітація – це сукупність заходів, спрямованих на підтримку людей із порушеннями функцій, що виникають внаслідок захворювань, травм або вроджених аномалій, з метою їх адаптації до нових умов життя та інтеграції у суспільство. Цей процес допомагає особам із хронічними захворюваннями чи інвалідністю досягти максимально можливого рівня фізичної, психічної, професійної, соціальної та економічної самореалізації, враховуючи їх індивідуальний стан.

Основна мета реабілітації полягає у відновленні втрачених функцій організму за короткий час із мінімальними ресурсними витратами, адаптації до змінених умов середовища та забезпеченні активної участі людини в суспільному житті. Відновлення соціальних ролей і функцій особи також враховується залежно від наслідків перенесеної хвороби чи травми [84]. Комплексна реабілітація передбачає синхронне виконання кількох видів реабілітаційної діяльності, що узгоджуються між собою в контексті спільної мети та завдань. Проведення таких заходів здійснюється відповідно до положень Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [54].

Прийнято розрізняти кілька основних видів реабілітації: медичну, яка базується на реалізації лікувальних заходів; соціальну, спрямовану на розвиток ключових соціальних навичок; та професійну (виробничу), що передбачає повернення осіб, які перенесли травми або хвороби, до трудової діяльності. Окрім цих видів, також виділяють фізичну та психологічну реабілітації. Особливого значення у сучасних умовах набувають саме медична та психологічна реабілітація. Медична реабілітація має на меті відновлення порушених функцій і фізіологічних властивостей організму, забезпечуючи фізичне одужання. Водночас соціально-психологічна реабілітація забезпечує інтеграцію людини у суспільство, запобігання її соціальній ізоляції та деградації, а також сприяння формуванню психологічної стійкості. Таким чином, ці види реабілітації є спільно створюють умови для комплексного відновлення особистості» [10, с. 70].

Отже призначенням реабілітації є максимально швидке відновлення порушених функцій організму з мінімальними витратами для здоров'я, адаптація людини до середовища та забезпечення її участі в соціальному житті з урахуванням попередніх або змінених соціальних функцій внаслідок хвороби [84].

У системі реабілітації виділяють реабілітацію у сфері охорони здоров'я та інші види реабілітації, визначені законодавством. Комплексна реабілітація проводиться згідно з вимогами Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [54]. Також цей Закон дає визначення релевантних даних роботі понять, які відображено в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

Характеристика основних категорій реабілітації відповідно Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я»

Поняття	Визначення поняття
Встановлення завдань реабілітації	Визначення конкретних, вимірюваних, досяжних, відповідних та визначених у часі показників функціонування особи, які вона повинна досягти внаслідок отримання реабілітаційної допомоги, які визначаються фахівцем з реабілітації спільно з особою при складанні програми терапії
Індивідуальний реабілітаційний план	Документ, розроблений мультидисциплінарною реабілітаційною командою на підставі результатів реабілітаційного обстеження особи з обмеженнями повсякденного функціонування (або такої, у якої можуть виникнути обмеження повсякденного функціонування), що визначає мету та завдання реабілітації та комплекс заходів, необхідних для їх досягнення
Реабілітація	Комплекс заходів, яких потребує особа, яка зазнає або може зазнати обмеження повсякденного функціонування внаслідок стану здоров'я або старіння у взаємодії з її середовищем
Стан здоров'я	Загальний показник для хвороб (гострих і хронічних), розладів, пошкоджень або травм. Стан здоров'я також може охоплювати інші обставини, у тому числі вагітність, старіння, стрес, вроджена аномалія або генетична схильність. Стани здоров'я кодуються згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я
Фахівці з реабілітації	Особи, які безпосередньо надають реабілітаційну допомогу, мають відповідну освіту, володіють відповідними професійними знаннями та навичками, а також залучені до безперервного професійного розвитку
Фізична та реабілітаційна медицина	Процес застосування комплексу реабілітаційних заходів, що передбачає профілактику, медичну діагностику, лікування та управління реабілітацією осіб усіх вікових груп зі станами здоров'я, що призводять до обмежень повсякденного функціонування, обмежень

Продовження табл. 1.1

	життєдіяльності та їх коморбідних станів, та приділяє особливу увагу порушенням і обмеженням активності особи з метою сприяння її фізичному і когнітивному функціонуванню (включаючи поведінку), участі (включаючи якість життя) і модифікації особистих факторів та факторів середовища із застосуванням мультидисциплінарного підходу
Фізична терапія	Процес забезпечення розвитку, максимального відновлення та підтримання рухової і функціональної спроможності осіб з обмеженнями повсякденного функціонування або таких дій, у яких можуть виникнути такі обмеження. Фізична терапія призначається, планується та здійснюється фізичним терапевтом або під його контролем

Психологічна реабілітація осіб, які зазнали травматичного впливу та стикаються із ПТСР чи супутніми психологічними проблемами, здійснюється спеціально підготовленими фахівцями. Їхня діяльність базується на дотриманні нормативно-правових актів, а також стандартів і правил, прийнятих професійною спільнотою. Фахівці, які займаються організацією та управлінням реабілітаційних процесів, відповідають за їхнє ефективне впровадження на різних рівнях (державному, громадському та соціальному), забезпечуючи необхідне законодавче та правове підґрунтя [36, с. 12].

У реабілітаційних послугах ключову роль відіграє мультидисциплінарна команда, яка надає допомогу різним категоріям населення, що потребують реабілітації. Це стосується як фізичних, психологічних чи духовних травм, так і станів, зумовлених вродженими чи набутими порушеннями. Реабілітаційні заходи спрямовані на комплексне відновлення оптимального рівня функціонування особистості (фізичного, когнітивного, емоційного, психологічного та соціального). Основною метою таких заходів є сприяння ефективній адаптації та інтеграції людини в суспільство, забезпечуючи її повноцінну участь у різних аспектах життя.

Комплексна реабілітація віськовослужбовців і ветеранів визначається як цілісний, інтегративний процес, спрямований на відновлення фізичних, психологічних, соціальних та професійних функцій осіб, які зазнали травматичних впливів під час виконання військових обов'язків. Цей процес

охоплює надання медичної допомоги для відновлення фізичного здоров'я, психологічну підтримку для подолання посттравматичних розладів, соціальну адаптацію з метою повернення до активного громадського життя, а також професійну реабілітацію для сприяння подальшій кар'єрній реалізації.

Зважаючи на складність та багатовимірність травм, які отримують військовослужбовці, реабілітація потребує комплексного підходу. Зокрема, це стосується фізичних ушкоджень, таких як втрата кінцівок, ПТСР, тривожних та депресивних станів, а також труднощів із соціальною адаптацією та професійною реінтеграцією. Такий багатовимірний підхід забезпечує цілісне відновлення всіх аспектів життя військовослужбовців і ветеранів, сприяючи їхній успішній реінтеграції в суспільство та поверненню до активної соціальної й професійної діяльності.

Реабілітація військовослужбовців і ветеранів війни, особливо в умовах сучасних викликів, зумовлених військовими конфліктами, є однією з ключових ланок у системі охорони здоров'я та соціальної підтримки. Згідно з дослідженням, проведеним НПА у 2023 р., понад 56% ветеранів стикаються зі значними труднощами під час реінтеграції в цивільне життя. Ця статистика демонструє недостатність наявних ресурсів і підтримки для плавного переходу до мирного життя [100].

Одним із найбільш ефективних підходів до реабілітації є біопсихосоціальна модель, яка розглядає стан здоров'я через взаємодію трьох складових: біологічного, психологічного та соціального [1]. Цей підхід забезпечує цілісний погляд на процес реабілітації, акцентуючи на важливості відновлення фізичного здоров'я, роботи з психоемоційним станом та сприяння інтеграції ветеранів у соціальне середовище.

Психологічна адаптація є фундаментом успішної реабілітації. Вона включає такі етапи, як усвідомлення травматичного досвіду, прийняття нової реальності, розробка стратегій подолання стресу та адаптація до змінених умов життя. Соціальна інтеграція доповнює цей процес, створюючи умови для участі ветеранів у суспільному житті через розвиток соціальних зв'язків,

працевлаштування та залучення до громадських ініціатив.

Успішна реабілітація має базуватися на низці принципів, таких як ранній початок, безперервність, послідовність, етапність та соціальна спрямованість. Індивідуалізований підхід передбачає розробку персоналізованих програм реабілітації з урахуванням особливостей бойового досвіду, стану здоров'я та соціального становища кожного пацієнта. Партнерська взаємодія між ветераном, фахівцями з реабілітації та його родиною сприяє підвищенню мотивації, забезпечує емоційну підтримку та полегшує процес адаптації.

Розвиток системи реабілітації є стратегічно важливим напрямом, що вимагає наукового підходу, систематичних інвестицій та співпраці між усіма зацікавленими сторонами, забезпечуючи відповідь на виклики сучасності й майбутнього.

1.2. Світовий досвід реабілітації військовослужбовців та ветеранів

Останнім часом в Україні почали з'являтися емпіричні дослідження, які адаптують міжнародний досвід медико-психологічної реабілітації у контексті сучасних викликів, що є важливим для удосконалення національної системи підтримки психічного здоров'я військовослужбовців та ветеранів війни.

Розглянемо світовий досвід реабілітаційної допомоги воїнам. Питання реабілітації військовослужбовців та ветеранів у країнах ЄС не є настільки нагальним, як в Україні, оскільки штатні військові в цих країнах переважно не залучені до активних бойових дій. Це зменшує потребу в масштабних програмах реабілітації, однак військовослужбовці мають право на медичну допомогу у військових госпіталях протягом усього періоду служби. Щодо ветеранів, у ЄС їхня кількість є відносно невеликою, і статус ветерана в основному охоплює осіб, які брали участь у Другій світовій війні або миротворчих місіях під егідою ООН. Здебільшого це люди похилого віку, які потребують реабілітації не лише через військові поранення, а й через вікові проблеми зі здоров'ям.

Розглянемо специфіку організації реабілітаційних послуг для

військовослужбовці та ветеранів на прикладі Фінляндії, Хорватії, Естонії та Швеції [19].

У Фінляндії особи, які брали участь у фінських війнах (1939-1944 рр.), мають право на спеціальні державні пільги, що гарантуються на законодавчому рівні. Міністерство соціальних питань та охорони здоров'я відповідає за розроблення відповідного нормативного забезпечення та бюджетне планування цього процесу. Щороку Державне казначейство виділяє муніципалітетам асигнування на реабілітацію ветеранів відповідно до кількості осіб, які мешкають на відповідній території. Реабілітація ветеранів включає стаціонарне лікування, амбулаторну реабілітацію, а також послуги підтримки проживання вдома. Важливим є забезпечення індивідуальних програм реабілітації, адаптованих до ступеня непрацездатності ветерана, з можливістю участі подружжя.

У Хорватії питаннями ветеранів, переважно учасників війни за незалежність (1991-1995 рр.), займається Міністерство у справах ветеранів. Ветерани мають доступ до психосоціальної підтримки через регіональні центри, що забезпечують консультації, юридичну та медичну допомогу. Вони також отримують медичні послуги, що виходять за межі стандартного страхування, включаючи реабілітацію у спеціалізованих закладах, компенсацію витрат на лікування за кордоном, а також профілактичні медичні огляди для осіб у складних соціально-економічних умовах. Особливу увагу приділяють лікуванню ПТСР і психологічним захворюванням.

В Естонії реабілітація ветеранів ґрунтується на комплексній політиці, яка включає фізичну та психологічну підготовку перед військовими операціями, децентралізоване надання медичної допомоги, а також стимулювання подальшого працевлаштування поранених ветеранів. Ветерани мають доступ до безкоштовної психологічної підтримки, сімейної терапії, відпочинку на спа-курортах та протезування. Естонія також активно розвиває медичну інфраструктуру та тренувальні центри для підвищення ефективності реабілітаційних процесів.

Основним органом Швеція, дотичним до медичного забезпечення Збройних сил, є Центр оборонної медицини, який займається підготовкою медичного персоналу, організацією польових госпіталів та підтримкою концепції тотальної оборонної охорони здоров'я. Концепція турботи про військовослужбовців у цій країні передбачає інтеграцію військових і цивільних медичних систем для покращення готовності до кризових ситуацій. Співпраця охоплює тренінги з військової медицини для цивільних фахівців, а також залучення цивільних лікарів до військових операцій у разі необхідності.

Загалом у кожній з зазначених вище країн реабілітаційні послуги для ветеранів і військовослужбовців є частиною загальної політики, яка враховує специфіку їхніх потреб і адаптована до національних умов [19].

Найбільш значущим для вирішення питання реабілітації військових та ветеранів в Україні є досвід Великої Британії, Ізраїлю, Канади та США, які беруть участь в локальних військових конфліктах. Зокрема, медико-психологічна реабілітація учасників локальних збройних конфліктів у США вважається однією з найефективніших у світі, що суттєво зменшує кількість осіб з психічними розладами. У Збройних силах США постійно вдосконалюється багаторівнева система контролю бойового та військово-професійного стресу, що охоплює спеціалізовані підрозділи та організації, які підтримують родини військових [39].

З 2016 року в рамках програми «Збройні сили 2025» запроваджено систему ARFORGEN, яка забезпечує циклічне формування підготовлених військових підрозділів, що тренуються як єдині команди, підвищуючи боєготовність армії. Включає загальноармійську програму комплексної психофізіологічної підготовки, проведення моніторингу психічного стану особового складу та надання підтримки військовослужбовцям через підготовлених спеціалістів. Мобільні підрозділи психічного здоров'я на рівні дивізій та бригад забезпечують спеціалізовану підтримку, виконуючи такі функції, як підготовка до евакуації військових із гострими психічними розладами та реабілітація комбатантів. Також існують мобільні підрозділи

контролю бойового стресу, які займаються профілактикою та наданням медичної допомоги в зоні бойових дій.

Наукова та методична підтримка системи контролю бойового стресу забезпечується провідними науково-дослідними центрами, такими як Національний інститут психічного здоров'я та інші установи. Командування армії США зосереджується на профілактиці, ранньому виявленні та реабілітації, що сприяє підвищенню психологічної стійкості військовослужбовців і їхніх родин. Департамент у справах ветеранів США має розвинену інфраструктуру підтримки психічного здоров'я, що включає численні медичні центри та програми реабілітації. Фахівці з різних областей, працюючи в мультидисциплінарних командах, забезпечують комплексний підхід до відновлення психічного здоров'я ветеранів, враховуючи індивідуальні потреби кожного.

Медико-психологічна реабілітація військовослужбовців у Збройних силах Канади організована через мережу спеціалізованих медичних центрів травматології та стресу, що функціонують у ключових регіонах країни (Ottawa ON, Valcartier QC, Petawawa ON, Gagetown NB, Halifax NS, Edmonton AB, Esquimalt BC). Ця система передбачає інтеграцію фізичної та психосоціальної реабілітації, що здійснюється у військових центрах, тісно пов'язаних із академічними й цивільними реабілітаційними закладами, які використовують передові методи і підходи до лікування [15; 39].

Реабілітація базується на диференційованому підході до біологічних та небіологічних чинників, що впливають на стан здоров'я військовослужбовців. Особливу увагу приділяють біопсихосоціальній моделі, розробленій канадськими ерготерапевтами. Ця модель враховує взаємозв'язок між фізичними, когнітивними, емоційними та духовними аспектами особистості, середовищем існування (фізичним, соціальним, культурним та інституційним вимірами) та професійною діяльністю, яка охоплює самообслуговування, продуктивність і відпочинок [1; 37; 41; 72; 79].

Підтримка психічного здоров'я ветеранів забезпечується в межах двох

програм, що реалізуються Міністерством у справах ветеранів Канади: програми допомоги для осіб з інвалідністю та Служби реабілітації і професійної підтримки. Право на отримання пільг за програмою реабілітації мають лише звільнені учасники бойових дій. Програма допомоги для осіб з інвалідністю передбачає виплати для ветеранів, які мають хронічні захворювання, включаючи психічні розлади, пов'язані зі службою у Збройних силах Канади. Програма реабілітації та професійної допомоги орієнтована на тимчасову підтримку, спрямовану на максимальне покращення стану здоров'я ветеранів, їхню адаптацію до життя вдома, у суспільстві та на роботі. Для цього в Канаді створено мережу спеціалізованих клінік із роботи зі стресовими травмами, телефонну службу допомоги, програми соціальної підтримки, а також послуги з ведення справ ветеранів. Кожен учасник програми реабілітації перебуває під наглядом куратора, який оцінює потреби ветерана у психіатричній допомозі, розробляє індивідуальний план лікування та здійснює моніторинг прогресу реабілітації. Такий індивідуалізований підхід забезпечує ефективне відновлення здоров'я та інтеграцію ветеранів у повсякденне життя [15].

У Великій Британії створено сучасну, комплексну систему збереження психічного здоров'я військовослужбовців, яка базується на інтеграції наукових досягнень цивільної медицини та урахуванні військової специфіки. Система охоплює чотири ключові напрями:

1. Збереження психічного здоров'я у пунктах постійної дислокації. (використовуються імпліцитні заходи через мережу неформальної підтримки, яка включає офіцерів соціального забезпечення, капеланів та практиків TRiM (Trauma Risk Management)).

2. Психологічна підтримка у зоні бойових дій (функціонують «польові команди з охорони психічного здоров'я», які займаються оцінкою стану військовослужбовців та, за необхідності, організують евакуацію; важливим етапом є фаза декомпресії після повернення з бойових дій).

3. Робота з резервістами (програма RMHP (Reserves Mental Health Program) забезпечує їм той самий рівень психіатричної допомоги, що й

постійному складу).

4. Допомога ветеранам (функціонують «районні відділи психічного здоров'я», що забезпечують реабілітацію та стаціонарне лікування, а також участь у наданні допомоги у медичних реабілітаційних центрах).

Також Велика Британія в реабілітаційних програмах активно впроваджує тренінги зі стресостійкості та ефективних стратегій подолання стресу [15].

В Ізраїлі, який має тривалий досвід бойових дій, створено одну з найефективніших систем психологічної допомоги та реабілітації військовим та ветеранам. Особливості цієї системи:

1. Побудова програми на комплексі принципів «Proximity»-«Immediacy»-«Expectancy», що дозволяє повернути до служби до 85% постраждалих військових.

2. Комплексний підхід до діагностики і профорієнтації (починаючи з 15 років, проводиться обстеження майбутніх військовослужбовців, включаючи оцінку психологічного стану, мотивації та лідерських якостей).

3. Адаптація військовослужбовців із обмеженнями (упроваджуються спеціальні методики реабілітації для призовників з інвалідністю та психіатричними діагнозами, що сприяє їх успішній соціалізації).

4. Реабілітація демобілізованих (програми включають підготовку сімей до повернення військовослужбовців, створення центрів анонімної допомоги та соціальний супровід ветеранів з інвалідністю чи бойовими травмами).

5. Допомога цивільному населенню в умовах кризи (створено добровільні штаби кризового реагування, системи оповіщення, роз'яснювальну роботу та регулярні навчання) [96].

Досвід Великобританії та Ізраїлю демонструє важливість комплексного підходу до збереження психічного здоров'я військовослужбовців та ветеранів, що включає превентивні заходи, своєчасну діагностику, психологічну реабілітацію та соціальну адаптацію. Інтеграція цих напрацювань може значно покращити ефективність подібних програм в Україні.

Світовий досвід реабілітації військовослужбовців і ветеранів війни демонструє різноманіття підходів, зумовлене історичними, соціальними, економічними та політичними факторами кожної країни. Держави з різними військовими традиціями та рівнем залучення до конфліктів вибудовують системи реабілітації, спрямовані на задоволення специфічних потреб тих, хто віддав свої сили та здоров'я на службі суспільству.

США, Канада, Ізраїль та Велика Британія, мають значний досвід у створенні інноваційних систем підтримки ветеранів. Центральним елементом успішних систем реабілітації у зазначених вище країнах є індивідуалізований підхід до потреб кожного ветерана чи військовослужбовця, що забезпечується через міждисциплінарну співпрацю медичних, психологічних, соціальних і правових фахівців [15; 19; 39].

Україна може адаптувати найкращі практики світового досвіду, враховуючи унікальні виклики, з якими стикаються наші військовослужбовці та ветерани. Створення стійкої системи реабілітації з акцентом на децентралізацію, інтеграцію державного і громадського секторів, використання сучасних реабілітаційних технологій і розвиток психологічної підтримки може стати важливим кроком у забезпеченні належного рівня соціальної справедливості та вдячності тим, хто захищає країну.

1.3. Специфіка системи реабілітації військовослужбовців та ветеранів війни в Україні

Система реабілітації військовослужбовців в Україні набуває особливого значення в умовах сучасних викликів, зумовлених тривалою російсько-українською війною. За даними Міністерства у справах ветеранів, після завершення війни близько 20% населення України потребуватиме державної підтримки у вигляді соціальних послуг для ветеранів. Наразі в Україні статус ветеранів війни вже отримали більше 100 тисяч осіб. У зв'язку з цим державні інституції та суспільство мають адаптувати соціальне середовище до потреб військовослужбовців, ветеранів і їхніх родин. Отже реабілітація

військовослужбовців і ветеранів повинна розглядатися як складова національної безпеки. З огляду на значну кількість постраждалих від фізичних і психологічних травм, у тому числі ПТСР, система реабілітації має забезпечувати інтегровану підтримку, що включає медичні, соціально-психологічні та фізичні аспекти, а також соціальну адаптацію [89].

Україна лише протягом останнього десятиліття почала активно розвивати цю систему, до того ж розбудова такої системи відбувається у складних умовах. Війна суттєво вплинула на українську систему охорони здоров'я, висвітливши кілька критичних аспектів:

1) фізичне руйнування медичної інфраструктури (пошкодження та знищення медичних закладів, особливо в прифронтових зонах);

2) дефіцит кадрів: евакуація кваліфікованих медичних працівників до безпечних регіонів або за кордон, що ускладнює надання медичних послуг;

3) зростання навантаження на систему (постійне збільшення кількості пацієнтів із бойовими травмами, включаючи цивільних осіб, підвищує потребу в екстреній та спеціалізованій медичній допомозі);

4) психологічний тиск (війна спричинила різке збільшення поширеності птср, депресивних і тривожних розладів, що зумовлює високий попит на психологічну допомогу).

Система реабілітації в умовах війни передбачає кілька рівнів надання допомоги:

– екстрена медична допомога на полі бою, що включає тактичну медицину, евакуацію поранених і первинну стабілізацію;

– спеціалізована медична допомога у військово-медичних шпиталях, де проводяться хірургічні втручання, терапевтичне лікування та реабілітація;

– інтеграція міжнародних стандартів: застосування міжнародних протоколів, які дозволяють покращити якість лікування складних травм;

Психологічна реабілітація є надзвичайно важливою складовою системи реабілітації взагалі, оскільки зростання рівня ПТСР серед військових вимагає впровадження ефективних програм психологічної підтримки. Держава

поступово розробляє відповідні програми, але їхній потенціал часто обмежується браком ресурсів.

На підтримку ветеранів спрямована Стратегія переходу від військової служби до цивільного життя до 2032 року, яка передбачає: забезпечення доступу до якісних реабілітаційних послуг, розширення психологічної підтримки, розвиток професійних навичок бойових медиків, впровадження міжсекторальної співпраці між органами влади та громадськими організаціями [58; 67].

Попри значні виклики Україна поступово реформує систему реабілітації, інтегруючи міжнародний досвід і стандарти. Інвестиції у професійну підготовку кадрів, розвиток інфраструктури та запровадження міждисциплінарного підходу є ключовими умовами для успішного відновлення військовослужбовців. Реалізація цих заходів сприятиме фізичному, психологічному та соціальному відновленню постраждалих, забезпечуючи їхню інтеграцію в суспільство та повернення до активного цивільного життя.

Центральним елементом системи є реабілітаційні центри, які функціонують на основі мультидисциплінарного підходу. Ці заклади повинні забезпечувати доступ до послуг лікарів, психологів, фізичних терапевтів, соціальних працівників та інших фахівців. Розбудова цієї мережі можлива завдяки ефективному державному фінансуванню, партнерству з громадськими організаціями, міжнародними донорами та впровадженню найкращих світових практик.

Ефективність функціонування мережі закладів реабілітації значною мірою залежить від злагодженого публічного управління та міжвідомчої координації. Взаємодія між Міністерством охорони здоров'я, Міністерством у справах ветеранів, іншими органами влади, Збройними силами України сприяє реалізації національних стратегій реабілітації. Пріоритетами державної політики є:

1. Розширення мережі сучасних реабілітаційних закладів, зокрема у віддалених регіонах.
2. Навчання та залучення кваліфікованих фахівців.

3. Впровадження інноваційних методів лікування та медичної та психологічної реабілітації.

4. Проведення моніторингу й оцінки ефективності реабілітаційних програм.

Україна активно вивчає досвід країн із розвиненими системами реабілітації військових, зокрема США, Ізраїлю та держав ЄС. Міжнародна співпраця дозволяє впроваджувати сучасні технології, навчальні програми та забезпечувати доступ до передового обладнання. Водночас важливим є розвиток власної інфраструктури, орієнтованої на потреби ветеранів.

Реабілітаційні заклади в Україні, згідно з положеннями Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [54], охоплюють низку спеціалізованих установ, які здійснюють відновлювальні заходи в різні періоди реабілітації. До них належать реабілітаційні лікарні та центри, що працюють як у післягострому, так і в довготривалому відновлювальному періоді, незалежно від форми власності. Амбулаторні заклади цього профілю також здійснюють реабілітаційну допомогу на зазначених етапах. Окремо виділяються установи, зосереджені на психологічній реабілітації та терапії психотравматичних розладів, а також підприємства, що займаються виготовленням та адаптацією протезно-ортопедичних засобів, незалежно від їхнього відомчого підпорядкування. Крім того, функціонують комплексні реабілітаційні установи, зокрема медико-психологічного спрямування.

Окрему категорію становлять реабілітаційні відділення та підрозділи, що інтегровані в структуру медичних закладів різного профілю. Зокрема, до них належать палати гострої реабілітації, які функціонують у складі лікарень загального профілю та багатопрофільних установ інтенсивного лікування. Також діють стаціонарні реабілітаційні відділення, орієнтовані на післягостру та довготривалу реабілітацію, що базуються на спеціалізованих лікарнях. Амбулаторні відділення реабілітації, створені при медичних установах різних напрямів, забезпечують необхідну допомогу в умовах, які не потребують стаціонарного спостереження. Окремий сегмент у цій системі складають

реабілітаційні відділення, що працюють у санаторно-курортних закладах, незалежно від їхнього адміністративного підпорядкування та форми власності.

У межах реформи вторинної медичної допомоги, що стартувала у 2020 р., відбулося істотне оновлення системи фінансування медичних закладів, зокрема у сфері психіатричної допомоги. Міністерство охорони здоров'я забезпечує фінансову підтримку установ, які мають можливість надавати допомогу відповідно до пакета послуг «Психіатрична допомога дорослим і дітям». За офіційними даними 2021 р., Національна служба здоров'я України уклала відповідні контракти з 198 медичними установами, серед яких 64 спеціалізовані психіатричні заклади, 20 наркологічних диспансерів, а також багатопрофільні лікарні, що надають психіатричну допомогу [89, 93].

Важливим напрямом реформи стало впровадження нової моделі організації охорони психічного здоров'я, адаптованої на основі британського досвіду. Ця модель передбачає розширення ролі лікарів первинної ланки у процесі ведення пацієнтів із психічними розладами. Відповідно до оновленої концепції, сімейні лікарі здійснюють первинне спостереження за станом психічного здоров'я пацієнтів і, за необхідності, скеровують їх до психіатрів, які виконують консультативну функцію. Надалі лікування реалізується лікарем первинної ланки відповідно до отриманих рекомендацій. Одним із ключових аспектів реформи є поступове скорочення рівня госпіталізацій у психіатричні стаціонарні заклади, що відповідає сучасним тенденціям розвитку психіатричної допомоги та сприяє її децентралізації [43, с. 39-41].

За даними реєстру Міністерства у справах ветеранів [93], в Україні функціонує низка закладів, що надають спеціалізовані послуги військовослужбовцям та ветеранам, однак їхня кількість є недостатньою. Існуючі заклади включають: 13 госпіталів ветеранів війни, 9 психіатричних лікарень, 7 центрів психічного здоров'я, 22 інших заклади комплексної реабілітації. Незважаючи на наявність мережі санаторно-курортного лікування з 102 закладів, її потужності також обмежені. Для задоволення зростаючих потреб необхідно збільшувати кількість закладів та покращувати їхню інфраструктуру.

Розвиток системи комплексної реабілітації є критично важливим для забезпечення фізичного, психологічного та соціального відновлення військовослужбовців. Це завдання вимагає системного підходу, залучення ресурсів і впровадження інновацій. Реформування реабілітаційної системи є не лише медичною чи соціальною необхідністю, але й стратегічним завданням держави, що сприяє її національній безпеці та стійкості.

Висновки до розділу 1

Реабілітація військовослужбовців та ветеранів війни в Україні є ключовим напрямом національної політики охорони здоров'я та соціального захисту. Вона інтегрує фізичні, психологічні, соціальні та професійні аспекти, забезпечуючи комплексне відновлення здоров'я та адаптацію до мирного життя. У контексті тривалої війни та стрімкого зростання кількості постраждалих система реабілітації стала невід'ємною складовою національної безпеки.

Сучасна реабілітація базується на біопсихосоціальній моделі, що враховує фізичні, психоемоційні та соціальні аспекти функціонування людини. Такий підхід дозволяє забезпечити ефективну реабілітацію, орієнтуючись на індивідуальні потреби кожного пацієнта. Психологічна адаптація, соціальна інтеграція та створення сприятливих умов для професійного зростання є важливими складовими цього підходу.

Система реабілітації військовослужбовців в Україні зіткнулася з низкою викликів, серед яких: недостатня кількість закладів реабілітації та їх нерівномірний розподіл по території країни; дефіцит кваліфікованих кадрів та спеціалізованого обладнання; недостатнє фінансування та низький рівень інтеграції міжнародних практик; невідповідність поточних реабілітаційних послуг потребам учасників бойових дій.

Ефективність реабілітаційної системи залежить від злагодженості між Міністерством охорони здоров'я, Міністерством у справах ветеранів, Збройними силами України, іншими державними органами та партнерами –

громадськими організаціями та благодійним фондами. Важливо розробляти й реалізовувати стратегії, які забезпечують розвиток реабілітаційної інфраструктури, інтеграцію міжнародного досвіду, проведення моніторингу результатів та підготовку кваліфікованих спеціалістів.

Вивчення й адаптація передових світових практик, зокрема досвіду США, Ізраїлю та країн ЄС, є стратегічним завданням. Це дозволяє впроваджувати сучасні технології, стандарти лікування та реабілітації, а також забезпечувати навчання українських фахівців.

Розбудова мережі реабілітаційних закладів потребує значних інвестицій у сучасне обладнання, підготовку персоналу та покращення умов надання послуг. Особлива увага має бути приділена створенню закладів у віддалених регіонах, що сприятиме рівномірному доступу до реабілітаційних послуг. Успішна реабілітація військовослужбовців є не лише медичним питанням, але й соціально-економічним та стратегічним завданням. Її реалізація впливає на зміцнення національної безпеки, підвищення рівня стійкості суспільства та підтримку тих, хто віддав своє здоров'я заради захисту України.

Комплексна реабілітація військовослужбовців і ветеранів є багатовимірним процесом, що вимагає інтеграції зусиль держави, громадського сектору, міжнародних партнерів та самих військовослужбовців та ветеранів. Її ефективна реалізація стане гарантією фізичного, психологічного та соціального відновлення захисників, забезпечуючи їхнє успішне повернення до мирного життя та подальшу інтеграцію в суспільство. Таким чином, реабілітація військовослужбовців є не лише медичною чи соціальною проблемою, але й важливим стратегічним напрямом, від якого залежить національна безпека України.

РОЗДІЛ 2.

ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЯК СКЛАДОВА КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ

2.1. Особливості організації комплексної реабілітації військовослужбовців та ветеранів

Комплексна реабілітація базується на трьох основних складових: медичній, психологічній та соціально-економічній, кожна з яких є невіддільною частиною для забезпечення повноцінного відновлення. Зокрема у межах медичного компонента здійснюється фізичне відновлення, лікування травм і хронічних захворювань, які виникли внаслідок бойових дій. У рамках цього напряму особлива увага приділяється реабілітації після ампутацій, включно з підбором протезів, їх адаптацією та навчанням користування. Реабілітаційні послуги в Україні регламентуються Законом України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю» [53] і забезпечуються через спеціалізовані установи, що діють за підтримки НСЗУ. Використання сучасних доказових методів, зокрема роботизованих систем та цифрових платформ для моніторингу прогресу, значно підвищує ефективність відновлення.

Ключовим елементом комплексної реабілітації є психологічна реабілітація, адже багато військових зазнають впливу таких психологічних розладів, як ПТСР, депресія чи тривожність, що ускладнює їх адаптацію до мирного життя. Реабілітація в цьому аспекті базується на інтегрованій роботі психотерапевтів, психологів та фахівців когнітивно-поведінкової терапії, які забезпечують комплексний підхід до відновлення. Важливу роль відіграють групова терапія, онлайн-консультації та підтримка ветеранських організацій, таких як «Лісова Поляна» чи «Побратими» та ін.

Соціально-економічна реабілітація спрямована на створення умов для успішної інтеграції ветеранів у суспільство через працевлаштування, перекваліфікацію та соціальну підтримку. Державні програми та ініціативи

приватного сектору сприяють адаптації військових до нових умов життя, включаючи доступ до житла, соціальних виплат і освітніх можливостей.

Ефективність комплексної реабілітації залежить від координації між медичними, психологічними та соціальними компонентами, а також від наявності достатньої кількості мультидисциплінарних команд, що являють собою структуровану та спеціалізовану групу реабілітаційних фахівців, які працюють спільно задля досягнення єдиної мети та виконання спільних завдань реабілітації. Ця команда забезпечує надання реабілітаційної допомоги середнього та високого рівня у стаціонарних і амбулаторних умовах на всіх етапах реабілітаційного процесу: у гострому, післягострому та тривалому періодах [4, с.18]. Основна мета такої команди полягає у поверненні пацієнта до максимально можливого рівня самостійності, здатності до самообслуговування, роботи, соціальної активності й відпочинку, враховуючи його унікальні потреби й обмеження.

Робота мультидисциплінарної реабілітаційної команди ґрунтується на принципах взаємодії та спільної відповідальності за результат. В центрі уваги завжди знаходяться потреби пацієнтів, які визначаються шляхом комплексного аналізу його стану та розробки індивідуального реабілітаційного плану. Цілі реабілітації встановлюються з урахуванням як короткострокових, так і довгострокових перспектив, що забезпечує адаптацію підходів у процесі терапії. Такий підхід дозволяє досягти оптимальних результатів навіть у складних клінічних випадках.

Мультидисциплінарну реабілітаційну команду очолює фахівець фізичної та реабілітаційної медицини, який несе відповідальність за координацію роботи команди, реалізацію індивідуального реабілітаційного плану та виконання інших завдань, покладених на колектив. Склад команди, як у професійному, так і у кількісному вимірі, формується залежно від характеру та ступеня обмеження функціональних можливостей особи, яка потребує реабілітації, а також від особливостей діяльності відповідного реабілітаційного закладу, відділення чи підрозділу.

До складу команди, яка працює з пацієнтами до 18 років або з особами з психічними розладами, можуть входити лікарі-спеціалісти за профілем реабілітаційної потреби, а також інші фахівці, відповідність кваліфікації яких підтверджується вимогами чинного законодавства.

Основною формою діяльності мультидисциплінарної команди є консультативні зустрічі, під час яких на основі реабілітаційного обстеження розробляється індивідуальний реабілітаційний план, проводиться моніторинг його реалізації, оцінюються досягнуті результати та за необхідності вносяться корективи. Засідання команди можуть проводитися як у форматі особистої присутності учасників, так і в дистанційному режимі з використанням інформаційно-комунікаційних технологій, що забезпечують дотримання принципів конфіденційності, лікарської таємниці та вимог захисту персональних даних згідно з чинним законодавством.

З огляду на те, що психоемоційний стан пацієнта має значний вплив на успішність фізичного відновлення та інтеграцію в суспільство, ключовим елементом мультидисциплінарного підходу є психологічна складова. Психологи сприяють емоційному відновленню пацієнтів, допомагають їм справлятися з наслідками травматичних подій, такими як ПТСР, ГСР, депресивні та тривожні розлади тощо [3; 6; 14; 21-22; 31; 38; 43; 47; 68; 102]. Вони працюють над формуванням стійких копінг-стратегій, підвищенням мотивації до участі в реабілітаційних програмах і прийняттям нових життєвих умов.

Мультидисциплінарні реабілітаційні команди забезпечують інтегральний підхід до реабілітації пацієнтів із різноманітними порушеннями функцій, охоплюючи фізичний, когнітивний, сенсорний та психоемоційний аспекти. Ефективність роботи таких команд визначається рівнем професійної підготовки їхніх членів, що потребує спеціалізованих знань, а також здатності до командної взаємодії. Особливу роль у цьому контексті відіграє синергетичне поєднання компетенцій різних фахівців – лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, психологів, мовленнєвих терапевтів,

протезистів-ортезистів та медичних сестер [18; 35; 46; 69].

Попри те, що базова медична освіта в Україні забезпечує ґрунтовну підготовку у сферах анатомії, фізіології, біомеханіки та патології, вона нерідко недостатньо зосереджена на специфіці реабілітаційної практики. Особливо це стосується роботи з пацієнтами, які зазнали бойових травм, ампутацій чи перебувають у стані посттравматичного стресового розладу. Недостатнє висвітлення в навчальних програмах принципів міждисциплінарної співпраці також ускладнює формування ефективних команд. Після завершення базового навчання фахівці мають долати цей дефіцит знань через додаткову спеціалізацію. Це включає курси з фізичної реабілітації, ерготерапії, психологічної допомоги, мовленнєвої терапії та протезування. Водночас практична складова цих програм повинна забезпечувати реальний досвід роботи з пацієнтами, що мають складні клінічні стани, особливо пов'язані з травмами війни.

Важливим компонентом професійного розвитку є формування навичок міждисциплінарної співпраці. Освітні програми мають навчати не лише окремих фахівців, але й усього колективу працювати в єдиній системі, розробляючи та впроваджуючи індивідуальні плани реабілітації для кожного пацієнта. Лікарі повинні враховувати психологічний стан пацієнтів під час розробки фізичних програм відновлення, тоді як психологи – розуміти фізичні обмеження пацієнтів для формування адекватних стратегій психоемоційної підтримки.

Зарубіжний досвід, зокрема США та Ізраїлю [15; 19; 96], демонструє значущість безперервного професійного розвитку для фахівців реабілітаційної сфери. Постійне підвищення кваліфікації, засноване на новітніх наукових відкриттях та практиках, є ключем до успішної інтеграції медичних та психологічних підходів у реабілітації. Впровадження таких програм в Україні потребує адаптації та розробки дистанційних освітніх платформ, що забезпечать рівний доступ до знань для фахівців із різних регіонів.

Особливу увагу слід приділити інтеграції психологічної реабілітації як невід'ємного компоненту загального реабілітаційного процесу. Стан

психічного здоров'я пацієнтів, зокрема тих, які зазнали бойових травм, впливає на їхню здатність адаптуватися до фізичних змін, прийняти нові обмеження та повернутися до активного життя. Психологічна підтримка повинна бути тісно пов'язана з медичними заходами для досягнення найкращих результатів.

Основні функції учасників мультидисциплінарної реабілітаційної команди представлено в таблиці 2.1

Таблиця 2.1

Функції учасників мультидисциплінарної реабілітаційної команди

Фахівці	Функції, що їх виконують фахівці
Лікарі фізичної та реабілітаційної медицини	Координують процес, розробляють індивідуальні плани реабілітації, враховуючи клінічний стан пацієнта.
Фізичні терапевти	Відновлюють рухові функції та покращують фізичну активність через індивідуальні вправи та програми тренувань
Ерготерапевти	Допомагають пацієнтам адаптуватися до повсякденних завдань, повернутися до роботи, побутової активності та соціальної взаємодії
Терапевти мови і мовлення	Займаються відновленням комунікаційних і ковтальних функцій, критичних для якості життя людини
Протезисти-ортезисти	Працюють над адаптацією пацієнтів до використання протезів і ортезів, забезпечуючи відновлення функціональності та рухливості
Медичні сестри	Підтримують процес реабілітації на щоденному рівні, забезпечуючи догляд та виконання призначень лікарів і терапевтів
Асистенти терапевтів	Надають технічну підтримку та допомагають у проведенні процедур.
Психологи	Проводять психодіагностику, консультують, впроваджують терапевтичні втручання, спрямовані на подолання травматичного досвіду. Для даної кваліфікаційної роботи найбільш значущим

Для даної кваліфікаційної роботи найбільш значущим є функціонал психологів. Основними напрямками діяльності психологів у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди є:

- 1) комплексна психодіагностика стану осіб, які потребують реабілітації, з подальшим формуванням психологічної складової індивідуального реабілітаційного плану;
- 2) надання першої психологічної допомоги як безпосередньо пацієнтам,

так і членам їхніх сімей, спрямованої на зниження рівня психоемоційного дистресу;

3) сприяння усвідомленню пацієнтом цілей та завдань реабілітаційного процесу, що є ключовим для підвищення мотивації до активної участі у відновленні;

4) комплексна підтримка та оптимізація функціонування особистості у різних сферах життєдіяльності – фізичній, емоційній, когнітивній, соціальній та духовній;

5) психотерапевтична робота з розладами адаптації, депресивними та тривожними станами, посттравматичними стресовими розладами, які можуть виникати внаслідок отриманих травм, бойового досвіду, полону, надзвичайних ситуацій або ув'язнення;

6) підтримка особи у процесі формування довгострокових життєвих орієнтирів та забезпечення психологічного супроводу для збереження досягнутого реабілітаційного прогресу після завершення основного курсу відновлення;

7) проведення психотерапевтичної роботи, психоедукації і психологічного консультування пацієнтів та їхніх родин для покращення адаптації до нових життєвих умов;

8) профілактика та терапія синдрому емоційного виснаження та втоми від співчуття у членів сім'ї осіб, які проходять реабілітацію;

9) співпраця з іншими фахівцями мультидисциплінарної реабілітаційної команди для координації заходів психологічної підтримки як пацієнтів, так і їхніх родин, забезпечуючи інтегративний підхід до реабілітації [36, с. 44].

Зазначені вище функції є ключовими для забезпечення комплексного підходу до реабілітації, спрямованого не лише на фізичне відновлення, а й на психологічну адаптацію особи до змінених життєвих умов. За необхідності до складу мультидисциплінарної реабілітаційної команди можуть бути залучені інші фахівці – кардіолог, отоларинголог, офтальмолог, психіатр, остеопат, соціальний працівник та інші фахівці.

Мультидисциплінарний підхід є унікальним. Основна перевага такого підходу полягає у комплексному баченні проблеми: кожен фахівець забезпечує свій унікальний внесок у відновлення людини, але всі працюють над досягненням спільної мети. Такий підхід забезпечує не лише відновлення фізичних і психічних функцій, але й сприяє соціальній інтеграції військовослужбовців та ветеранів, підвищуючи якість їхнього життя.

Мультидисциплінарні команди є сучасним стандартом у сфері реабілітації, який відповідає принципам доказової медицини, сприяє інноваційним підходам та допомагає військовослужбовцям та ветеранам війни повернутися до активного життя.

2.2. Роль психологічної допомоги у комплексній реабілітації військовослужбовців та ветеранів в Україні

Медична та психологічна реабілітація є взаємодоповнювальними складовими комплексного відновлення, які працюють у тісній взаємодії та не повинні розглядатися окремо чи протиставлятися. Медико-психологічна реабілітація не може сприйматися як доліковування. Вона має розпочинатися на етапі передпатологічних психічних змін, які виникають під впливом екстремальних психогенних факторів, і реалізовуватися на найраніших стадіях розвитку психопатології. Особливо активна психологічна реабілітація має бути на завершальних етапах лікування та у післялікувальний період.

Медичні та соціально-економічні наслідки бойової політравматизації вимагають активного впровадження ефективних профілактичних і реабілітаційних заходів, спрямованих на попередження розладів здоров'я та відновлення соціально-професійного статусу осіб, які зазнали стресогенних впливів умов збройного конфлікту. Проте, існуюча в українському суспільстві система реабілітаційних заходів для ветеранів бойових дій досі не набула системного характеру. Це призводить до відсутності ефективної медико-соціальної підтримки військовослужбовців, що, у свою чергу, спричиняє незадоволеність ветеранів своїм становищем у суспільстві,

високий рівень захворюваності, значний відсоток суїцидів та зростання рівня психологічного неблагополуччя.

Попри значні емоційні страждання, більшість постраждалих дуже рідко самостійно звертаються за допомогою як до психіатричних, так і до загальнономедичних установ. Як наслідок, значна частина військовослужбовців та ветеранів залишається без необхідної медико-психологічної допомоги. Це підтверджує нагальну потребу у створенні спеціалізованих організаційних структур, здатних забезпечити комплексну підтримку та реабілітацію осіб, які зазнали психотравмуючого впливу [13, с. 69].

На донозологічному рівні, коли психічні розлади ще не сформувалися, пріоритетними є методи психокорекції, спрямовані на зменшення впливу негативних факторів і підвищення адаптивних можливостей. У разі ж наявності вже сформованого психічного захворювання ключову роль відіграє психотерапія, яка допомагає пацієнту впоратися із проявами розладу та покращити якість життя.

Психологічна реабілітація розглядається як окремий вид психологічної допомоги, що має важливе значення у відновленні психоемоційного стану. У контексті надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам війни та членам їхніх сімей в Україні важливою є нормативно-правова база. Зокрема, Постанова Кабінету Міністрів України № 1338 від 29 листопада 2022 р. «Деякі питання надання психологічної допомоги ветеранам війни, членам їхніх сімей та деяким іншим категоріям осіб» [17] визначає регламент і порядок цієї роботи. До неї слід звернутися для детального аналізу процедур і принципів організації психологічної допомоги в Україні [4, с. 23].

Відповідно до чинної нормативної бази психологічна допомога є ключовим компонентом комплексної реабілітації військовослужбовців і ветеранів, особливо в умовах війни, яка триває в Україні з 2014 р. Бойові дії спричинили значне зростання кількості осіб, які потребують не лише медичної, але й психологічної підтримки. ГСР, ПТСР, депресія, тривожні розлади та емоційне вигорання стали одними з найбільш поширених наслідків участі у

бойових діях, що підкреслює важливість розвитку ефективної системи психологічної допомоги як складової комплексної реабілітації [3, 7, 11, 16, 23, 29, 57, 59, 62, 73, 74, 82].

Бойовий досвід є значним стресовим фактором, який часто супроводжується травматичними подіями, втратами побратимів, загрозою життю та фізичними травмами. Ці обставини створюють ризик розвитку ПТСР, який проявляється через настирливі спогади, підвищений рівень тривожності, стан гіперзбудженості, емоційну відчуженість та уникнення ситуацій, місць чи людей, які асоціюються з травматичною подією, з метою зниження стресу. Інші наслідки ПТСР і травм включають депресію, тривожні розлади, розвиток залежностей та інші психічні порушення [5; 12; 33-34; 44; 47; 62; 65-66; 71; 75; 80-81; 88; 103]. Отже, ефективна реабілітація військовослужбовців і ветеранів вимагає комплексного підходу, що включає інтеграцію фізичної та психологічної підтримки для подолання наслідків травматичного стресу та забезпечення успішної адаптації до цивільного життя. Окрім цього, військовослужбовці та ветерани часто стикаються з труднощами соціальної адаптації, порушенням сімейних відносин, ізоляцією та узалежненнями. Психологічна допомога захисникам та захисницям спрямована на стабілізацію психоемоційного стану, зменшення проявів травматичних розладів, розвиток стійкості до стресу та формування навичок адаптації до мирного життя. Її особливістю є необхідність врахування специфіки бойового досвіду, колективної ідентичності військових.

Психологічна допомога є професійною діяльністю, що реалізується на різних рівнях і спрямована на підтримку особи, яка перебуває під загрозою розвитку психічних і поведінкових розладів. Її завдання полягає у сприянні психосоціальної адаптації до змінених життєвих умов, осмисленні особистого досвіду, розширенні самоусвідомлення та розкритті потенціалу самореалізації. Водночас психологічна допомога націлена на вирішення проблем, які виникають внаслідок кризових ситуацій, складних життєвих обставин, катастроф, надзвичайних подій чи воєнних дій. Вона забезпечує підтримку в адаптації та відновленні внутрішнього балансу особи, сприяючи її інтеграції в нові умови

життя.

Метою психологічної допомоги в таких випадках є: підтримка та відновлення психічного здоров'я, а також профілактика і запобігання розвитку психічних і поведінкових розладів у тих, хто отримує допомогу; надання підтримки в подоланні складних життєвих обставин; зменшення частоти та тяжкості негативних наслідків травматичних подій для психічного здоров'я індивіда; попередження розвитку інвалідності, пов'язаної з психічними або поведінковими розладами. Види психологічної допомоги представлено в таблиці 2.2.

Психологічна допомога відіграє провідну роль на всіх етапах реабілітації:

- на етапі кризової інтервенції психологи працюють із гострими стресовими реакціями, такими як шок, паніка, агресія чи ступор; їх завданням є стабілізація стану та створення умов для подальшої реабілітації;

- на етапі відновлення робота психологів спрямована на опрацювання травматичного досвіду, зменшення інтенсивності симптоматики ПТСР, депресії та тривожних розладів. використовуються методи когнітивно-поведінкової терапії, експозиційної терапії, сімейної терапії, арт-терапії тощо;

- на етапі адаптації психологи допомагають ветеранам інтегруватися у суспільне життя, відновити соціальні ролі, розвивати навички ефективного спілкування, прийняття підтримки та налагодження стосунків із близькими.

Основними методами психологічної допомоги у реабілітації військовослужбовців та ветеранів є:

1. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), що допомагає опрацювати негативні думки та переконання, пов'язані з травматичним досвідом [8; 9; 74].

2. Експозиційна терапія, що сприяє поступовому зниженню реакцій на травматичні спогади через їхнє контрольоване опрацювання [24; 74; 87-88].

3. Групова терапія, що дозволяє створити підтримуюче середовище, де ветерани можуть поділитися своїм досвідом і відчутти підтримку від інших [2; 4; 21; 26; 31].

4. Психосоцiална, що передбачає навчання ветеранiв та iхнiх сiмей розпiзнавати симптоми ПТСР, управляти емоцiями та використовувати технiки самодопомоги [33; 60; 68; 73-74; 85].

5. VR-терапiя, що допомагає вiйськовим подолати ПТСР, тривожнiсть i адаптуватися до мирного життя через контрольоване занурення у терапевтичнi виртуальнi середовища [78; 94].

Психологiчна допомога ґрунтується на комплексi принципiв, серед яких основними виступають такi, як:

- повага до прав людини, честi та гiдносци (дотримання етичних норм i забезпечення гуманного ставлення до особистостi);
- компетентнiсть та наукова обґрунтованiсть (використання лише перевiрених i ефективних методiв психологiчної та психотерапевтичної допомоги на основi сучасних наукових пiдходiв);
- добровiльнiсть (надання психологiчної допомоги виключно за усвiдомленою i добровiльною згодою клiєнта, без будь-якого примусу);
- конфiденцiйнiсть (забезпечення захисту приватної iнформацiї клiєнта, а також гарантування його особистiсної та соцiальної безпеки, що включає збереження в таємницi всiх отриманих пiд час роботи вiдомостей) [100].

Ефективна психологiчна допомога можлива лише в контекстi роботи мультидисциплiнарної реабiлітацiйної команди, де кожен фахiвець виконує свою функцiю, проте всi об'єднанi спiльною метою – вiдновлення функцiонального стану та якостi життя людини, яка зазнала фiзичних поранень та психологiчних травм. Психолог забезпечує емоцiйне вiдновлення, яке є фундаментом для успiшної роботи iнших фахiвцiв.

Важливою є роль психологiчної допомоги для соцiальної iнтеграцiї. Психологiчна допомога є критично важливою для повернення ветеранiв до мирного життя. Вона сприяє: вiдновленню мiжособистiсних вiдносин, зокрема у сiм'ї, розвитку навичок управлiння стресом i конфлiктами, формуванню позитивної мотивацiї для працевлаштування, навчання та соцiальної активностi, зменшенню стигматизацiї психiчних проблем серед

військовослужбовців та ветеранів та їхніх родин [31].

Ефективна психологічна реабілітація відіграє стратегічну роль не лише в підтримці окремих осіб, але й у формуванні соціальної стійкості загалом, оскільки допомагає зменшити рівень психоемоційної напруги в суспільстві та сприяє реінтеграції ветеранів. Особливої уваги потребує питання ПТСР, який є одним із найбільш поширених наслідків бойового досвіду. Його клінічні прояви, зокрема гіперзбудливість, флешбеки, емоційне оніміння та труднощі з адаптацією, значно ускладнюють соціальне функціонування та можуть призводити до коморбідних розладів, таких як депресія, генералізована тривожність і залежності. Тому комплексний підхід до психічного здоров'я військових має базуватися на глибокому розумінні механізмів розвитку ПТСР та ефективних методах його подолання.

2.3. Симптоматика, механізми формування та вплив на психіку військовослужбовців та ветеранів війни ПТСР/КПТСР

Війна обумовила багатовимірні наслідки, які проявляються на фізіологічному, психологічному та соціокультурному рівнях. Тривала експозиція до бойового стресу, інтенсивні травматичні переживання та вимушена адаптація до екстремальних умов значно підвищують ризик розвитку ПТСР, депресивних станів та коморбідних психічних порушень серед військовослужбовців.

Зважаючи на глибину та системний характер впливу війни на психічне здоров'я учасників бойових дій, критично важливим залишається проведення комплексних міждисциплінарних досліджень, які дозволять емпірично верифікувати основні закономірності формування патологічних психоемоційних реакцій, оцінити довготривалі наслідки бойового стресу та визначити найбільш ефективні моделі психологічного супроводу та реабілітації.

Розроблення стратегій психосоціальної підтримки та реабілітаційних заходів для військовослужбовців і ветеранів передбачає інтеграцію доказових підходів, що ґрунтуються на принципах когнітивно-поведінкової терапії,

експозиційної терапії, фармакологічної корекції та багаторівневої соціальної інтеграції. Особливої уваги потребують заходи, спрямовані на превенцію хронізації ПТСР та розвиток адаптаційних механізмів, що сприяють ефективному поверненню військовослужбовців до мирного життя після завершення активної фази воєнних дій [71].

Тривале перебування населення у ситуації стресу з причини військових дій обумовлює його високий попит на послуги психологів та психіатрів. Саме ПТСР є одним із найбільш поширених психічних розладів, що виникають у людини внаслідок переживання або спостереження екстремально травматичних подій. Військовослужбовці, які постійно або епізодично перебувають у зоні бойових дій, входять до групи найвищого ризику розвитку цього стану. За даними Американської психологічної асоціації (APA) [104], ПТСР діагностується у 10-30% ветеранів бойових дій. В умовах тривалої війни, яка супроводжується масштабними бойовими діями та значним психологічним навантаженням, ця проблема набуває критичного значення для системи охорони психічного здоров'я в Україні.

Сучасна концепція психологічної реабілітації базується на інтегративному підході, який враховує індивідуальні особливості ветеранів, характер бойових травм і супутні соціокультурні фактори. Важливим аспектом є визнання багатоетапності психологічної реабілітації, що містить у собі профілактичний, терапевтичний та реабілітаційний етапи. На першому етапі ключовими завданнями є раннє виявлення осіб із ризиком розвитку психічних розладів і запобігання їхньому поглибленню. Терапевтичний етап передбачає цілеспрямовану роботу з травматичним досвідом, зокрема з проявами ПТСР, депресії, тривожності та іншими наслідками бойових дій. Реабілітаційний етап орієнтований на сприяння соціальній інтеграції військовослужбовців та ветеранів, їх адаптації до цивільного життя та відновлення функціональної активності.

Результати сучасних наукових досліджень демонструють зростання частоти психопатологічних проявів серед військовослужбовців Збройних

Сил України з початком воєнних дій на території країни. Це зумовлено впливом специфічних факторів, таких як інтенсивний службовий і соціальний стрес, значні емоційні та фізичні навантаження, які обумовлюють виникнення нових психопатологій або декомпенсації вже існуючих розладів [9; 14; 16; 22-23; 32; 40-41; 60; 63; 71; 75; 83].

Дослідження зазначених вище аспектів є необхідним для розроблення ефективних стратегій реабілітації, які враховують індивідуальні потреби кожного військовослужбовця та ветерана війни. Сучасні методи кількісного аналізу (опитувальники, шкали оцінки ПТСР) та якісного дослідження (глибинні інтерв'ю, спостереження) дозволяють визначити специфіку впливу стресових чинників на психічний стан військових. Результати таких досліджень сприятимуть створенню адаптивних реабілітаційних програм, які включають когнітивно-поведінкову терапію, емоційно-фокусовану терапію, групову підтримку та інтеграцію сімейного оточення. Виокремлення найбільш значущих чинників ризику дозволить впровадити профілактичні заходи ще на етапі служби, зменшуючи ймовірність розвитку хронічних психічних станів у військових.

Дослідження [2; 4; 29; 41; 72; 74] свідчать, що учасники бойових дій у російсько-українській війні рідко стикаються лише з однією травматичною подією, що дає підстави говорити про феномен «бойової політравматизації». Цей термін охоплює широкий спектр травматичних впливів, включаючи фізичне насильство, втрату побратимів, особисті кризи, розлучення та інші події, а також повторювані психологічні травми, такі як небезпека для життя, зрада чи смерть друзів. Психічна політравма часто супроводжується симптомами депресії та підвищеною імпульсивністю. За концепцією J.I. Bisson [86], розвиток ПТСР залежить від трьох основних груп факторів: претравматичних, травматичних і посттравматичних.

До претравматичних факторів, що підвищують уразливість до розвитку ПТСР, належать індивідуальні особливості психічного та соматичного анамнезу, зокрема наявність афективних або тривожних розладів до

травматичної події. Емпірично доведено, що представники жіночої статі мають вищий ризик розвитку ПТСР порівняно з чоловіками, що може бути зумовлено як біологічними механізмами (відмінності в реактивності гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі), так і соціокультурними аспектами (різний рівень соціалізації травматичного досвіду) [72; 82].

До інших значущих чинників належать зовнішній локус контролю, що асоціюється з відчуттям беспорядності перед стресовими подіями, низький соціально-економічний статус, недостатній рівень освіти, а також наявність психічних розладів у сімейному анамнезі. Важливу роль відіграє також попередній досвід травматизації, що може знижувати стресову толерантність і порушувати процеси когнітивної переробки нового травматичного досвіду.

Фактори, безпосередньо пов'язані з травматичною подією, визначають гостроту реакції організму та ступінь порушення адаптаційних механізмів. До них відносяться тяжкість отриманих фізичних ушкоджень, рівень загрози життю, суб'єктивне сприйняття небезпеки та емоційний стан під час події. Особливе значення має феномен травматичної дисоціації, що характеризується фрагментацією сприйняття події на окремі сенсорні компоненти (зорові, слухові, тактильні тощо), що може призводити до подальшого формування нав'язливих спогадів і флешбеків.

Посттравматичні фактори відіграють вирішальну роль у визначенні хронізації ПТСР та складності його перебігу. Одним із ключових чинників є рівень соціальної підтримки: відсутність підтримуючого оточення, відчуття ізоляції або стигматизація психічного стану значно підвищують ризик затяжного перебігу розладу. Додатковими факторами є хронічні щоденні стресори, фінансові труднощі, проблеми міжособистісних взаємин і соціальної адаптації після повернення до мирного життя.

Розуміння взаємодії цих факторів має критичне значення для розробки персоналізованих підходів до профілактики, ранньої діагностики та лікування ПТСР у військовослужбовців та ветеранів. Впровадження мультидисциплінарних стратегій, що поєднують психотерапевтичні, фармакологічні та

соціально-реабілітаційні заходи, є необхідною умовою підвищення ефективності медико-психологічної допомоги в цій категорії населення.

Отже, основними причинами формування ПТСР у військовослужбовців є такі:

1. Травматичний досвід бойових дій. Тривале перебування у бойових умовах супроводжується постійним ризиком для життя, що провокує розвиток хронічного стресу. Солдати часто стають свідками загибелі побратимів, цивільного населення або зазнають тяжких поранень. Наприклад, дослідження ветеранів війни у В'єтнамі показали, що навіть через 20 років після завершення бойових дій приблизно 15% військових страждали від ПТСР [104].

2. Хронічна небезпека та фізичне виснаження. Постійна бойова готовність, тривале перебування у зоні підвищеної небезпеки, недосипання, нестача харчування та загальна втома виснажують як фізичні, так і психологічні ресурси організму.

3. Травма свідка. Військовослужбовці, які не брали безпосередньої участі у бойових діях, але спостерігали наслідки трагедій чи страждання інших, можуть стати жертвами вторинного травматичного стресу, що є основою для розвитку ПТСР.

4. Індивідуальні особливості та попередній психологічний стан. Дитячі психологічні травми, низький рівень стресостійкості, обмежений доступ до соціальної підтримки та наявність попередніх психічних проблем підвищують ризик розвитку ПТСР.

ПТСР супроводжується багаторівневими змінами у когнітивній, емоційній та поведінковій сферах, що призводить до суттєвого порушення соціального функціонування. Згідно з результатами досліджень, здійснених О. Чабаном, О. Хаустовою та В. Омеляновичем [73-74], симптоматика ПТСР класифікується за чотирма основними групами, предствленими в таблиці 2.2 (с.42).

Класифікація симптоматики ПТСР

Група симптомів	Характеристика симптомів
Симптоми повторного переживання (інтрузії)	Проявляються у вигляді нав'язливих спогадів, флешбеків, нічних кошмарів, які супроводжуються інтенсивним емоційним дискомфортом та фізіологічними реакціями (серцебиття, пітливість).
Симптоми уникнення	Включають свідоме або несвідоме уникнення осіб, місць чи ситуацій, які нагадують про травматичну подію. Це механізм психологічного захисту, спрямований на зменшення емоційного болю
Негативні когнітивно-емоційні зміни	Виражаються у формі почуття провини, зниженого настрою, емоційної відстороненості, порушення здатності відчувати позитивні емоції, песимістичного бачення майбутнього
Симптоми підвищеної збудливості	Включають гіперпильність, дратівливість, раптові спалахи агресії, порушення сну та труднощі у концентрації уваги

ПТСР виникає внаслідок глибокого впливу травматичної події на структури мозку, зокрема на мигдалеподібне тіло, гіпокамп та префронтальну кору. Порушення нейрохімічного балансу, зокрема підвищення рівня кортизолу та норадреналіну, сприяє закріпленню травматичних спогадів та гіперреактивності нервової системи. Хронічний стрес, що виникає у бойових умовах, посилює нейрофізіологічні порушення, створюючи замкнене коло патологічних реакцій.

В монографії «Психічні розлади воєнного часу» О. Чабан, О. Хаустова та В. Омелянович [74] виділяють комплексний посттравматичний стресовий розлад (КПТСР) як обтяжений психічний стан, що може виникнути внаслідок впливу однієї або серії подій надзвичайно загрозливого чи травматичного характеру. Найчастіше це тривалі або повторювані події, уникнення яких є вкрай складним або неможливим (зокрема, тортури, рабство, геноцид, систематичне домашнє насильство, неодноразове сексуальне чи фізичне насильство в дитячому віці). Симптоматика КПТСР включає всі діагностичні критерії ПТСР, але також супроводжується такими стійкими порушеннями, такими, як: дезрегуляція емоційної сфери; негативне сприйняття себе, що проявляється почуттям приниження, безпорадності, нікчемності, а також глибоким почуттям сорому,

провини чи особистої невдачі, пов'язаної з травматичним досвідом; значні труднощі у встановленні й підтриманні міжособистісних стосунків, зокрема втрату відчуття близькості до інших.

Ці симптоми істотно порушують функціонування особистості в різних сферах (особистісній, сімейній, соціальній, освітній чи професійній) [74, С. 72-73]. Термін КПТСР, включений до МКХ-11, використовується для позначення стану пацієнтів, який характеризується не лише симптомами, притаманними ПТСР, але й додатковими порушеннями в емоційній, когнітивній та поведінковій сферах, які не можуть бути пояснені жодною іншою супутньою патологією. Детальний опис симптоматики КПТСР представлено в Додатку 1.

Психогенні чинники, які сприяють виникненню ПТСР, зазвичай несуть загрозу життю, мають непередбачуваний і неконтрольований характер. У загальному розумінні вони визначаються як «травматичні події, що значно виходять за межі звичайного життєвого досвіду» [12].

Без належного лікування симптоми ПТСР та КПТСР можуть набувати хронічного характеру, значно знижуючи якість життя військовослужбовців, ускладнюючи їх соціальну адаптацію та підвищуючи ризик розвитку коморбідних станів, таких як депресія, залежності, суїцидальні тенденції. Своєчасна психологічна підтримка та комплексна реабілітація є ключовими у відновленні психічного здоров'я військових, їхній інтеграції у мирне життя та запобіганні розвитку вторинних психічних розладів.

Варто зазначити, що ефективність психологічної реабілітації значною мірою залежить від рівня міждисциплінарної взаємодії фахівців. Залучення психологів, психіатрів, соціальних працівників, медичних працівників та волонтерів забезпечує комплексний підхід до вирішення проблем військовослужбовців та ветеранів. Крім того, важливими є міжнародний обмін досвідом та адаптація європейських стандартів реабілітації до умов України, що сприятиме підвищенню ефективності програм психологічної підтримки військовослужбовців і ветеранів війни.

Отже, психологічна реабілітація військовослужбовців і ветеранів війни є

багатовимірним процесом, що охоплює роботу з травматичним досвідом, розвиток стресостійкості, сприяння соціальній адаптації та особистісному зростанню. Її стратегічна мета – повернення військових до повноцінного життя, відновлення їхнього психічного благополуччя та соціальної активності.

Таким чином, систематичний підхід до вивчення проявів ПТСР і його провокуючих чинників є критично важливим для забезпечення якісної психологічної підтримки військовослужбовців як під час служби, так і після їхньої демобілізації. Це не лише покращує якість життя ветеранів, але й сприяє їхній успішній інтеграції у мирне суспільство. Розуміння динаміки ПТСР, зокрема різниці між гострою стресовою реакцією, гострим та хронічним ПТСР/КПТСР, є критично важливим для розробки ефективних програм психологічної допомоги та реабілітації. Надання мультидисциплінарної підтримки, включаючи психологічну, психіатричну та соціальну допомогу, є необхідною умовою для відновлення функціонування особистості, збереження психічного здоров'я та соціальної адаптації.

Висновки до розділу 2

Комплексна реабілітація військовослужбовців та ветеранів є складним багатовимірним процесом, що включає медичний, психологічний та соціально-економічний аспекти, кожен з яких відіграє важливу роль у відновленні функціонування особи після участі в бойових діях. Особливе значення у цій системі мають мультидисциплінарні реабілітаційні команди, які забезпечують інтегрований підхід до надання допомоги. Їхня ефективність залежить від взаємодії фахівців різних профілів, таких як лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, психологи, соціальні працівники, фізіотерапевти та інші спеціалісти, які об'єднані спільними завданнями та працюють у координації для досягнення спільної мети – відновлення здоров'я та функціональності пацієнтів.

Психологічна допомога є однією з ключових складових комплексної реабілітації, оскільки психічний стан військовослужбовців та ветеранів

значною мірою впливає на їхню здатність адаптуватися до мирного життя. ПТСР, який часто розвивається у ветеранів, є важливим чинником, що ускладнює реабілітацію. Симптоматика ПТСР включає постійне переживання травматичних подій, нічні кошмари, тривогу, емоційну загальмованість, розлади сну та соціальну ізоляцію. Механізми його формування пов'язані з порушеннями нейробіологічної регуляції унаслідок хронічного стресу, що впливає на роботу мозку, зокрема гіпокампу, мигдалеподібного тіла та префронтальної кори.

Психологічна реабілітація спрямована на подолання цих наслідків через використання різноманітних методів терапії (когнітивно-поведінкова терапія, арт-терапія, групова робота та підтримка родин ветеранів). В умовах України комплексна реабілітація має враховувати специфіку соціально-економічних викликів, з якими стикаються ветерани, зокрема труднощі з працевлаштуванням, соціальною інтеграцією та доступом до якісних реабілітаційних послуг. Вирішення цих проблем потребує розвитку державних і приватних ініціатив, спрямованих на підтримку ветеранів, а також впровадження передових доказових практик у галузі реабілітації.

Отже, комплексна реабілітація військовослужбовців та ветеранів в Україні має базуватися на скоординованій роботі мультидисциплінарних команд, які поєднують медичну, психологічну та соціально-економічну допомогу. Особливий акцент слід зробити на психологічній реабілітації, враховуючи її ключову роль у подоланні наслідків бойового стресу та відновленні психічного здоров'я військовослужбовців та ветеранів. Успіх такої реабілітації залежить від адаптації світових практик до національних умов, використання інноваційних методів та забезпечення доступності допомоги для всіх, хто її потребує.

РОЗДІЛ 3.

СУЧАСНА ПРАКТИКА ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ

3.1. Опис програми психологічної реабілітації військовослужбовців та ветеранів війни

Вибірку здійсненого нами дослідження склали 40 чоловіків віком 22-57 років – це військовослужбовці та ветерани війни, які внаслідок участі в бойових діях у Запорізькій та Донецькій областях отримали поранення різного ступеню тяжкості та перебували на лікуванні й реабілітації в лікарнях Запоріжжя, в яких діагностовано ПТСР, та яким на необхідність психологічної реабілітації вказали лікарі мультидисциплінарних реабілітаційних команд, а також ті військовослужбовці та ветерани війни, які виявили власне бажання та мали змогу протягом чотирьох місяців отримувати послуги психологічної реабілітації.

Етапи експериментальної роботи:

1. Підготовчий – оцінка потреб в психологічній реабілітації; навчання персоналу Студії практичної психології «Персона» на спеціалізованих курсах Академії НСЗУ; розробка діагностичного комплексу для оцінки наявного стану військовослужбовців та ветеранів війни в Україні, розробка програми психологічної реабілітації.

2. Констатувальний – психодіагностика наявного психологічного стану військовослужбовців та ветеранів.

3. Формувальний – впровадження Програми.

4. Завершальний – психодіагностика наявного психологічного стану військовослужбовців та ветеранів, підбиття підсумків, формулювання висновків.

Для діагностики наявного психологічного стану військовослужбовців та ветеранів війни було використано комплекс адекватних меті дослідження методик, який містив:

- Міжнародний опитувальник травматичних подій (ITQ) [86, 98];
- Чотиривимірний опитувальник симптомів (4DSQ) [49, с.53-55];
- Візуально-аналогова шкала (VAS) [48, с. 72].

Зазначений комплекс використано напочатку й наприкінці експериментальної роботи. Контроль за актуальним станом психічного здоров'я було здійснено за допомогою мобільного застосунку Verinigma [99]. Математичну, статистичну обробку даних було здійснено за допомогою програми JASP [97]; для унаочнення результатів використано програму Microsoft Excel.

На підготовчому етапі роботи до складу мультидисциплінарної реабілітаційної команди було включено наступних кваліфікованих фахівців: психолог; помічник психолога; остеопат; психіатр; фахівець ЗОЦЗ.

До початку реалізації Програми фахівці Студії практичної психології «Персона» (психолог, психіатр, остеопат) пройшли спеціалізовані курси підвищення кваліфікації реабілітаційного спрямування в Академії НСЗУ:

1. «Реабілітація в системі охорони здоров'я: курс для лікарів» [95].
2. «Комунікація з людьми, які зазнали травми внаслідок війни» [92].
3. «Клінічне кодування травм» [91].
4. «Документування процесу надання реабілітаційної допомоги на основі МКФ» [90].
5. «Спочатку людина. Онлайн-курс про безбар'єрність у закладах охорони здоров'я» [101], що підтверджено відповідними сертифікатами.

Кожний з етапів психологічної реабілітації військовослужбовців та ветеранів війни відбувався за умови згоди на обробку персональних даних, з урахуванням Етичного кодексу психолога [100] та чинної нормативно-правової бази [17-18; 42-43; 45-46; 50-55; 67; 69-70].

Психологічна реабілітація військовослужбовців та ветеранів війни є комплексним процесом, спрямованим на відновлення психоемоційного стану, адаптацію до мирного життя та забезпечення соціальної інтеграції. Враховуючи психотравмуючі фактори бойового досвіду, реабілітація має ґрунтуватися на доказових психотерапевтичних методах та поєднувати

фізичну, психологічну й соціальну підтримку. Для реалізації завдань даної кваліфікаційної роботи та проведення експериментального дослідження було розроблено Програму психологічної реабілітації військовослужбовців та ветеранів війни, в якій були враховані вказані аспекти.

Завдання Програми:

1. Корекція емоційних, особистісних та поведінкових дисфункцій. Використання психотерапевтичних методів для стабілізації емоційного стану, формування адаптивних особистісних рис та усунення дезадаптивних поведінкових патернів.

2. Оптимізація психічного здоров'я та відновлення психологічної безпеки. Реалізація заходів, що сприяють зниженню тривожності, відновленню почуття контролю та зменшенню впливу стресових тригерів.

3. Покращення якості життя через усунення наслідків бойового стресу та психотравм. Формування психологічної стійкості, підвищення рівня адаптації у військовому, сімейному та соціальному середовищі.

4. Профілактика пограничних психічних розладів та суїцидальної поведінки. Запровадження раннього скринінгу депресивних і тривожних станів, адаптаційних розладів та надання превентивної допомоги.

5. Розвиток навичок саморегуляції та контролю емоційних реакцій. Впровадження стратегій ефективного управління психоемоційним станом, зокрема зниження рівня тривожності, подолання агресивності та формування мотиваційних ресурсів.

6. Формування конструктивних навичок соціальної взаємодії. Покращення комунікативних здібностей, міжособистісних навичок та соціальної інтеграції у цивільному та військовому середовищі.

7. Моніторинг психоемоційного стану учасників реабілітації. Оцінка змін психічного стану з метою коригування терапевтичних стратегій та підвищення ефективності лікування.

8. Мобілізація психологічного ресурсу для подолання наслідків травм та поранень. Залучення методик психологічної підтримки, що сприяють

відновленню психофізіологічного стану.

Програма реалізовувалася на трьох рівнях, а саме:

– фізичний рівень передбачав 5 сеансів остеопата, спрямованих на зниження м'язового напруження, покращення фізичного стану та загального самопочуття;

– психологічний рівень включав 10 індивідуальних консультацій психолога, заснованих на доказових методах психотерапії (когнітивно-поведінкова терапія, експозиційна терапія, emdr, арт-терапія). додатково проводилися 3 консультації психіатра, а також впроваджувалася інноваційна vt-терапія;

– соціальний рівень складався з 4-х заходів, спрямованих на соціальну адаптацію військовослужбовців, ветеранів війни та їхніх родин: три тренінги та один круглий стіл із залученням фахівця зоцз та представників громади.

Запропонована програма базується на комплексному підході до реабілітації військовослужбовців та ветеранів війни, забезпечуючи не лише зменшення больової симптоматики, стабілізацію психічного стану, а й сприяючи соціальній інтеграції та відновленню життєвих перспектив. Поєднання фізичних, психологічних та соціальних заходів дозволяє значно підвищити рівень адаптації та забезпечити довготривале психоемоційне благополуччя учасників Програми. Графік реалізації Програми представлено в Додатку 2.

3.2. Результати психодіагностики військовослужбовців та ветеранів до впровадження Програми

Для визначення наявності ПТСР/КПТСР у військовослужбовців та ветеранів війни було використано унікальну методику – Міжнародний опитувальник травматичних подій (ITQ) [98]. ITQ – це короткий та зрозумілий скринінговий інструмент, призначений для виявлення ключових симптомів ПТСР та КПТСР відповідно до класифікації МКХ-11, розробленої ВООЗ. Розробники: Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., Hyland, P., 2018 [86]. Цей опитувальник адаптований

для міжнародного використання та може застосовуватися для осіб віком від 18 років. Завдяки простій та доступній мові, його заповнення займає приблизно 10-15 хвилин (опитувальник містить 18 питань). ITQ не є самодостатнім інструментом для встановлення клінічного діагнозу, проте дозволяє ідентифікувати симптоми ПТСР/КПТСР та оцінити відповідність діагностичним критеріям МКХ-11. Його можуть використовувати лікарі первинної ланки, психологи, психотерапевти та психіатри. Якщо тестування виявляє ознаки ПТСР або КПТСР, рекомендується подальша / детальніша діагностика.

Опитувальник ITQ адмініструється через систему START – онлайн-платформу оцінювання UA-TEST [98]. Це інструмент самозвіту, який респондент може заповнити самостійно в режимі онлайн, або ж його питання можуть бути зачитані особисто чи телефоном. Заповнення займає приблизно 10-15 хвилин, причому важливо, щоб респондент відповідав на запитання самостійно. ITQ може застосовуватися під час клінічної зустрічі, бути частиною рутинних процедур оцінки або використовуватися на більш пізньому етапі спільно з лікарем. Його можна проводити як окремий скринінг або включати до ширшого процесу клінічного оцінювання та інтерв'ю.

Перегляд результатів та надання зворотного зв'язку респонденту відіграють важливу роль. Спільний аналіз даних дозволяє краще зрозуміти травматичний досвід респондента, визначити ключові фактори, що впливають на терапію та процес відновлення. Це допомагає виявити гарячі точки пам'яті, тригери травматичних спогадів і сформувані уявлення респондента про подію та її наслідки. Результати за даним тестом у військовослужбовців та ветеранів представлено у таблиці 3.1 (с. 51).

Скринінг також дозволяє швидко оцінити безпеку пацієнта та здійснити необхідні клінічні заходи для підтримки його психічного стану. ITQ може застосовуватися як інструмент для регулярного моніторингу симптомів під час лікування та психотерапевтичної роботи. Система START автоматично здійснює фінальну оцінку за кластерами та формує висновок у такому форматі: ознаки ПТСР або КПТСР відсутні; зафіксовано ознаки ПТСР;

зафіксовано ознаки КПТСП.

Таблиця 3.1.

Розподіл значень за ІТQ до реабілітації

Ознаки	Кількість осіб	Значення у %
Ознак ПТСП/КПТСП не зафіксовано	0	0
ПТСП	24	60
КПТСП	16	40
<i>n</i> = 40		

Система START автоматично підраховує наявність симптомів за кластерами. Загальний бал, відображений у звіті, не використовується для інтерпретації результатів, оскільки він є лише сумою сирих балів, необхідною для розрахунків і формується системою автоматично. Фахівець повинен орієнтуватися не на числовий показник, а на висновок під ним, де вказано, чи виявлено ознаки ПТСП або КПТСП. Це формулювання визначає, чи відповідають результати опитування всім необхідним діагностичним критеріям за кластерами.

ПТСП та КПТСП є поширеними наслідками бойового досвіду, які значною мірою впливають на психологічний стан військовослужбовців і ветеранів. Аналіз даних щодо поширеності цих розладів серед вибірки з 40 осіб до початку психологічної реабілітації свідчить про критичний рівень дезадаптації: жоден учасник дослідження не продемонстрував повної відсутності симптомів. Зокрема, ПТСП було діагностовано у 60% респондентів, що вказує на типові прояви розладу, такі як нав'язливі спогади про травматичні події, емоційна гіперзбудливість, уникнення тригерних ситуацій та негативні зміни у когнітивній сфері. Водночас 40% осіб мали симптоматику КПТСП, що відрізняється більш глибокими особистісними змінами, зокрема порушенням емоційної регуляції, труднощами у побудові міжособистісних стосунків та стійким негативним ставленням до себе. Високий рівень поширеності КПТСП свідчить про те,

що значна частина вибірки зазнала тривалих або повторюваних травматичних подій, що є характерним для учасників бойових дій, які пережили не лише безпосередню загрозу життю, а й довготривале перебування у стресогенному середовищі. Варто зауважити, що повна відсутність осіб без ПТСР/КПТСР може бути пов'язана як із критеріями відбору вибірки (ПТСР вже діагностований лікарями – це основний показник для участі в Програмі), так і з реальним рівнем психологічної вразливості серед цієї групи.

Результати даного тестування відповідають всім необхідним діагностичним критеріям за кластерами МКХ-11. З огляду на такі показники, реабілітаційні заходи мають бути спрямовані не лише на подолання базових симптомів ПТСР за допомогою когнітивно-поведінкової терапії та експозиційних методик, але й на корекцію глибших особистісних змін, характерних для КПТСР. Доцільним буде впровадження програм емоційної регуляції, розвитку навичок самопомоги та соціальної інтеграції, що сприятиме більш ефективній адаптації військових до мирного життя.

Графічно результати за даним тестуванням представлено на рисунку 3.1.



Рис. 3.1. Результати за ІТQ до психологічної реабілітації

Для оцінки депресії, тривоги і соматизації у військовослужбовців та ветеранів було використано Чотиривимірний опитувальник симптомів (The Four-Dimensional Symptom Questionnaire – 4DSQ) – це стандартизований психодіагностичний інструмент, розроблений у 1994 р., призначений для оцінки дистресу, депресії, тривожності та соматизації. Опитувальник включає 50 пунктів, що оцінюють психоемоційний стан пацієнта протягом останніх 7 днів. Відповіді подаються за п'ятибальною шкалою, що включає варіанти: «Ні», «Іноді», «Регулярно», «Часто», «Дуже часто або постійно». Відповіді кодуються наступним чином: 0 балів – «Ні», 1 бал – «Іноді», 2 бали – для всіх інших варіантів. Для мінімізації впливу очікувань респондента інформація про систему нарахування балів та підшкали у варіанті опитувальника, що заповнюється пацієнтом, не зазначається [49, с. 53-55].

Обробка даних здійснюється шляхом підсумовування балів за чотирма підшкалами: дистрес, депресія, тривожність, соматоформні порушення. Результати за даним тестуванням а також частоту зазначеної симптоматики представлено у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2.

Розподіл симптомів у вибірці за 4DSQ до реабілітації

Шкала	Кількість осіб	Значення у %
Дистрес	31	77,5
Депресія	36	90
Тривожність	29	72,5
Соматизація	40	100
$n = 40$		

Аналіз даних за опитувальником 4DSQ у вибірці з 40 військовослужбовців та ветеранів війни до початку реабілітаційних заходів демонструє критично високі показники за всіма ключовими шкалами: дистресу, депресії, тривожності та соматизації, що вказує на комплексний характер психологічних порушень.

Зокрема, значна кількість респондентів (77,5%) виявляють виражений дистрес, що свідчить про загальний стан психоемоційного напруження, зниження в них адаптаційного ресурсу та виснаження механізмів подолання стресу. Цей показник підтверджує те, що значна частина військовослужбовців відчуває постійне перевантаження та труднощі в регулюванні емоційних реакцій.

Ще більша кількість респондентів характеризується наявністю високого рівня депресивної симптоматики, яка була зафіксована у 90% вибірки. Це вказує на високу поширеність таких проявів, як втрата мотивації, пригніченість, емоційна апатія та негативна оцінка майбутнього. Для ветеранів цей стан може бути зумовлений як наслідками бойового досвіду, так і труднощами в адаптації до цивільного життя.

Тривожність, яка була діагностована у 72,5% осіб, свідчить про постійне відчуття небезпеки, внутрішню напруженість та фізіологічні прояви збудження, характерні для хронічного стресу. У контексті роботи з військовими цей симптом може бути пов'язаний із гіперчутливістю до загроз, що формується під час бойових дій і зберігається навіть у мирному середовищі.

Найбільш показовим є 100% рівень соматизації, що означає, що всі військовослужбовці та ветерани мають виражені тілесні прояви психологічного напруження (хронічні болі, проблеми з травленням, порушення сну, серцево-судинні реакції тощо). Найчастіші показники – головний біль, біль у спині, біль у м'язах та суглобах, прискорене серцебиття, тиск у грудній ділянці. Це свідчить про те, що у військовослужбовців та ветеранів психоемоційне напруження часто знаходить вихід через тілесні симптоми, що ускладнює діагностику та потребує комплексного підходу до реабілітації.

Загалом, отримані результати підкреслюють необхідність багаторівневої психологічної допомоги, яка має охоплювати не лише лікування депресії та тривожних розладів, а й роботу з хронічним дистресом та соматичними симптомами. Без належного втручання ці стани можуть призвести до хронічних психічних розладів, значного погіршення якості життя та підвищення ризику

суїцидальної поведінки. Ефективні реабілітаційні програми повинні включати як психотерапевтичні втручання (когнітивно-поведінкову терапію, методики релаксації, навчання навичкам саморегуляції), так і медичну підтримку, спрямовану на усунення психосоматичних проявів. Висока поширеність психоемоційних порушень у цій групі вказує на необхідність довготривалої підтримки та комплексного супроводу захисників.

Наявність таких високих показників також вказує на наявність ПТСР за МКХ-11 та підтверджує необхідність надання фізичного та/або медикаментозного знеболення та психологічної допомоги.

Графічне зображення результатів представлено на рисунку 3.2.

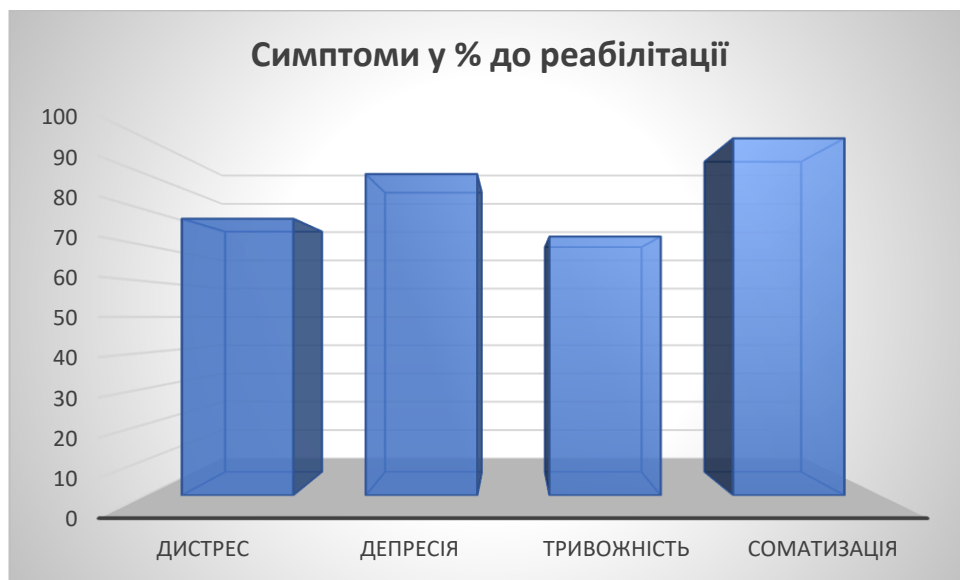


Рис. 3.2. Результати за 4DSQ до психологічної реабілітації

Для оцінки суб'єктивного рівня стресу, болю та психологічного дискомфорту було використано Візуально-аналогова шкалу (VAS) [48, с. 72]. VAS часто використовується для суб'єктивної оцінки рівня стресу або дистресу. У контексті роботи з військовослужбовцями та ветеранамми ця шкала може застосовуватися для оцінки інтенсивності переживань, пов'язаних з травматичними подіями. Застосування цієї шкали є доцільним для моніторингу змін у стані людини під час терапії, реабілітації та для оцінки ефективності психологічного впливу. Ця шкала представлена у вигляді лінії довжиною 10 см, нанесеної на чистий аркуш паперу без розмітки. Ліва крайня

точка (0 см) відповідає стану «болю немає», а права крайня точка (10 см) позначає «найсильніший біль, який здається нестерпним». Лінія може бути розташована як горизонтально, так і вертикально. Людина має поставити позначку в тому місці, яке, на її думку, відповідає інтенсивності болю/дискомфарту. Після цього фахівець вимірює відстань від початку шкали до цієї позначки та визначає рівень болю за такими критеріями:

- 0-1 см – мінімальний біль;
- 2-4 см – слабкий біль;
- 4-6 см – помірний біль;
- 6-8 см – сильний біль;
- 8-10 см – нестерпний біль.

Оцінюючи рівень болю/дискомфарту, фахівець враховує не лише позначку на шкалі, а й загальну поведінку людини. Якщо людина легко відволікається, спокійно рухається або без зусиль доходить до виходу, можливе перебільшення інтенсивності болю/дискомфарту. У такому випадку можна запропонувати повторну оцінку за тією ж шкалою [48, с.72].

Аналіз скарг учасників дослідження дозволив ідентифікувати ключові групи симптомів, що відображають загальний психофізіологічний стан респондентів та їхню реакцію на пережитий травматичний досвід. Виділені симптомокомплекси охоплюють соматичні, емоційні, когнітивні та поведінкові аспекти, що взаємопов'язані між собою та ускладнюють адаптацію військовослужбовців і ветеранів до мирного життя.

До соматичних проявів належать фізичні симптоми, які виникають як наслідок хронічного стресу та психоемоційного напруження. Зокрема, значна частина респондентів скаржилася на больові відчуття різної локалізації, що не мали органічної природи, а також на порушення харчової поведінки, які варіювалися від значного зниження апетиту до епізодів переїдання. Окрім цього, характерними були розлади сну, серед яких переважало безсоння, труднощі з засинанням або часті пробудження вночі. Важливим маркером соматичного дискомфорту було також відчуття постійної напруги та

неможливість досягти стану фізичного розслаблення, що свідчить про збереження високого рівня фізіологічної активації, характерного для осіб із посттравматичними розладами.

Емоційні реакції респондентів відзначалися значною інтенсивністю та різноманітністю негативних переживань. Основними проявами були підвищена тривожність, яка супроводжувалася надмірною настороженістю та очікуванням небезпеки, а також агресивність та дратівливість, що могли слугувати механізмом реагування на стресові тригери. Важливою характеристикою емоційного стану було відчуття безнадії та загальна пригніченість, що є типовими для депресивних розладів. Окрім цього, респонденти часто зазначали зниження здатності відчувати позитивні емоції, що може свідчити про емоційну дисоціацію або симптоми ангедонії, характерні для ПТСР і депресії.

У структурі когнітивних порушень було зафіксовано погіршення когнітивних функцій, що проявлялося у зниженні концентрації уваги та погіршенні пам'яті, що, ймовірно, є наслідком хронічного стресу та порушень роботи префронтальної кори. Значна частина респондентів також повідомляла про наявність нав'язливих негативних думок, що могли стосуватися пережитих подій, майбутнього або власної особистості. Часто фіксувалися нічні жахіття, які є характерним симптомом посттравматичних розладів та сприяють хронічному порушенню сну.

Окрім зазначених змін, у респондентів простежувалися поведінкові трансформації, що відображали їхні труднощі у соціальній адаптації. Зокрема, спостерігалось зменшення соціальної активності та уникнення міжособистісних контактів, що могло бути спричинене як внутрішнім емоційним виснаженням, так і небажанням взаємодіяти з оточенням. Частина військовослужбовців також зазначала втрату інтересу до раніше значущих видів діяльності, що є одним із ключових симптомів депресії. Крім того, серед респондентів даної вибірки простежувалися тенденції до формування залежностей, що могло бути пов'язано з бажанням зменшити психологічний

дискомфорт або уникнути нав'язливих спогадів.

Таким чином, отримані дані вказують на комплексний характер змін у психоемоційному стані військовослужбовців і ветеранів. Наявність виражених соматичних, емоційних, когнітивних та поведінкових порушень свідчить про необхідність розробки та впровадження інтегрованих підходів до комплексної реабілітації, що мають включати не лише психотерапевтичні методи, а й стратегії медичної підтримки, спрямовані на подолання соматичних проявів та стабілізацію емоційного стану. Результати за діагностуванням VAS представлено у табл. 3.3.

Таблиця 3.3.

**Показники ступеню болю/дискомфарту
у вибірці за VAS до реабілітації**

Показники	Рівень болю/дискомфарту, кількість осіб (у %)				
	мінімальний	слабкий	помірний	сильний	нестерпний
Соматичні прояви	2 (5%)	8 (20%)	14 (35%)	10 (25%)	6 (15%)
Емоційні реакції	1 (2,5%)	6 (15%)	12 (30%)	13 (32,5%)	8 (20%)
Когнітивні порушення	4 (10%)	10 (25%)	12 (30%)	8 (20%)	6 (15%)
Поведінкові зміни	5 (12%)	12 (30%)	11 (27,5%)	8 (20%)	4 (10%)
<i>n</i> = 40					

Оцінка рівня болю та дискомфорту серед військовослужбовців і ветеранів до початку упровадження реабілітаційних заходів, здійснена за допомогою VAS, дозволяє простежити інтенсивність переживаних ними симптомів у чотирьох ключових сферах: соматичні прояви; емоційні реакції; когнітивні порушення; поведінкові зміни.

Отримані результати демонструють, що більшість респондентів зазнає відчутного або навіть критичного рівня болю та дискомфорту, що суттєво ускладнює їхню адаптацію та підкреслює необхідність комплексного підходу до реабілітації.

Аналіз соматичних проявів показує, що лише 5% опитаних оцінюють рівень фізичного болю як мінімальний, тоді як 35% повідомляють про помірний, 25% – сильний, а 15% – нестерпний біль. Це свідчить про високу частоту психосоматичних розладів, які можуть проявлятися у вигляді хронічного м'язового напруження, болю у суглобах та спині, головного болю, порушень роботи шлунково-кишкового тракту та серцево-судинної системи. Така симптоматика є типовою для осіб, які перебувають у стані хронічного стресу або страждають на ПТСР, оскільки тривала активація симпатoadреналової системи спричиняє порушення роботи вегетативної нервової системи. У зв'язку з цим, важливим компонентом реабілітаційної програми має стати робота з остеопатом, який може сприяти зменшенню соматичної напруги, покращенню кровообігу та нормалізації фізіологічних функцій організму.

Ще більш вираженими є емоційні реакції, де рівень болю та дискомфорту має найвищі показники інтенсивності. Мінімальні прояви зазначили лише 2,5% опитаних, тоді як 32,5% переживають сильний емоційний біль, а ще 20% – нестерпний рівень страждання. Це свідчить про високу поширеність симптомів депресії, тривожності, емоційної лабільності та ангедонії (втрати здатності відчувати радість). Така картина узгоджується з моделлю емоційної дисрегуляції, яка є типовою для осіб із ПТСР та КПТСР. Висока частота емоційних порушень підкреслює необхідність включення до реабілітаційної програми психіатра, який може не лише оцінити тяжкість психопатологічних симптомів, а й за потреби призначити фармакотерапію для стабілізації емоційного стану та зниження рівня дистресу.

У сфері когнітивних порушень спостерігається схожа динаміка: хоча 10% респондентів оцінюють рівень когнітивного дискомфорту як мінімальний, більшість зазнає середнього або високого рівня страждання. Зокрема, 30% повідомили про помірний рівень, 20% – сильний, а 15% – нестерпний. Основними когнітивними симптомами є погіршення пам'яті, труднощі з концентрацією, нав'язливі думки та порушення здатності до аналізу інформації.

Подібні порушення можуть бути пов'язані з нейропсихологічними змінами в роботі префронтальної кори та гіпокампу, які відіграють центральну роль у когнітивній регуляції та обробці стресових спогадів. Це підкреслює необхідність інтеграції когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) у програму реабілітації, а також застосування методів медикаментозної корекції та нейротерапії для відновлення когнітивного функціонування.

Щодо поведінкових змін, отримані дані вказують на значний рівень соціальної та особистісної дезадаптації. Мінімальний рівень дискомфорту вказали лише 12% респондентів, тоді як решта повідомляють про середню або високу інтенсивність поведінкових порушень. Зокрема, 27,5% зазнають помірного рівня труднощів, 20% – сильного, а 10% – нестерпного. Це свідчить про наявність соціальної ізоляції, втрати інтересу до діяльності, уникнення контактів із людьми та тенденції до формування залежностей, що є типовими для осіб, які пережили бойові травми. Включення до реабілітаційної програми індивідуальних та групових занять із психологом може сприяти поступовому поверненню до активного соціального функціонування та зниженню рівня вказаних показників.

Графічне зображення результатів представлено на рисунку 3.3.



Рис. 3.3. Результати за VAS до психологічної реабілітації

Загалом, можна зазначити, що більшість респондентів відчувають значні рівні болю і дискомфорту у різних аспектах (фізичних, емоційних, когнітивних та поведінкових), що свідчить про серйозні наслідки для їхнього психічного і фізичного здоров'я після проходження військової служби та перебування в травматичних умовах війни. Таким чином, результати проведеного дослідження демонструють, що військово-службовці та ветерани війни в Україні зазнають значного рівня фізичного та емоційного страждання, що вимагає комплексного та багатовекторного підходу до реабілітації. Важливо підкреслити, що реабілітаційна програма має бути інтегративною, поєднуючи медичні, психологічні та мануальні методи впливу. З огляду на високий рівень болю та дискомфорту у вибірці, особливу увагу слід приділити мультидисциплінарному підходу. Така модель дозволить не лише зменшити симптоми, а й сприятиме повноцінному відновленню військовослужбовців та ветеранів, їхній соціальній інтеграції та покращенню якості життя.

3.3. Результати психодіагностики військовослужбовців та ветеранів після впровадження Програми

З метою діагностики наявного стану після реабілітації військовослужбовців та ветеранів наприкінці Програми було використано той самий комплекс методик, що й на початку даної роботи. Після реабілітації було зафіксовано суттєве зниження вираженості симптомів ПТСР/КПТСР.

За підсумками тестування за ІТQ, 55% респондентів більше не відповідали критеріям ПТСР або КПТСР. Водночас, 40% осіб продовжували демонструвати симптоми ПТСР, а 5% – КПТСР, що свідчить про необхідність подальшої роботи з цією групою для закріплення терапевтичного ефекту.

Результати дослідження за тестом ІТQ представлено у таблиці 3.4 (с. 62).

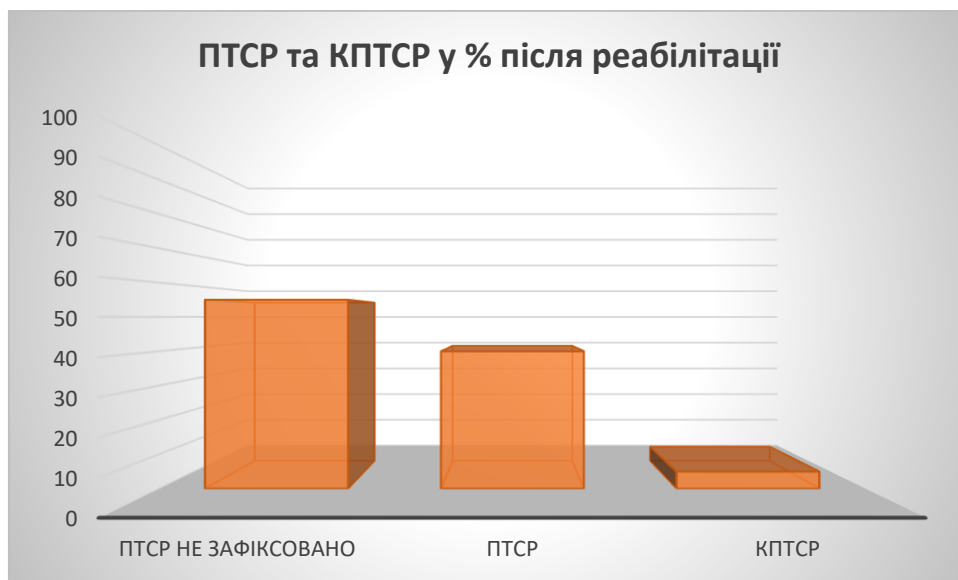
Таблиця 3.4

Розподіл значень за ІТQ після реабілітації

Ознаки	Кількість осіб	Значення у %
Ознак ПТСР/КПТСР не зафіксовано	22	55
ПТСР	16	40
КПТСР	2	5
$n = 40$		

Найбільші покращення спостерігалися у сферах емоційної регуляції, рівня тривожності і проявів соматизації, що свідчить про ефективність застосованих підходів, що включали когнітивно-поведінкову терапію, експозиційні методики, навчання навичок саморегуляції та соціальної адаптації. Зниження соматичних симптомів також підтверджує результативність остеопатичної терапії та медикаментозної підтримки, що сприяло покращенню загального стану учасників.

Графічно результати за даним тестуванням представлено на рисунку 3.4.



Отримані результати підкреслюють необхідність комплексного підходу у роботі з ветеранами та військовослужбовцями, що поєднує психотерапевтичні, медикаментозні та тілесно-орієнтовані методики, VR-терапію. Подальша

реабілітація має фокусуватися не лише на усуненні залишкових симптомів ПТСР, але й на корекції особистісних змін, характерних для КПТСР. Діагностування методикою 4DSQ виявило наступні результати, які представлено в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5.

**Розподіл симптомів у
вибірці за 4DSQ після реабілітації**

Шкала	Кількість осіб,	Значення у %
Дистрес	17	42,5
Депресія	10	25
Тривожність	7	17,5
Соматизація	6	15
<i>n</i> = 40		

Аналіз даних, отриманих за допомогою опитувальника 4DSQ після проходження респондентами реабілітаційної програми, свідчить про зниження рівня дистресу, депресивних проявів, тривожності та соматизації. Водночас, у 42,5% учасників все ще фіксувалося відчуття дистресу, 25% демонстрували симптоми депресії, 17,5% мали підвищений рівень тривожності, а 15% зазначали наявність соматичних проявів. Порівняно з початковими результатами, ці показники вказують на значне покращення психоемоційного стану ветеранів, що пройшли реабілітацію.

Найбільш виражена позитивна динаміка спостерігалася у зменшенні депресивних симптомів, що підтверджує ефективність застосованих методів, зокрема VR-терапії, когнітивно-поведінкової терапії та технік емоційної регуляції (про це багатократно наголошували учасники Програми). Однак залишкова наявність тривожності, дистресу та соматизації свідчить про необхідність здійснення подальшої роботи з ветеранами для стабілізації досягнутого ефекту та попередження можливих рецидивів.

Найбільший прогрес зафіксовано в аспектах емоційної регуляції, зниження рівня тривожності і полегшення соматичних симптомів, що свідчить про ефективність підходу, який включав когнітивно-поведінкову терапію, експо-

зиційні методики, розвиток навичок саморегуляції та соціальної адаптації. Відчутне зниження соматичних скарг підтверджує ефективність остеопатичної терапії та медикаментозного супроводу.

Графічне зображення результатів представлено на рисунку 3.5.

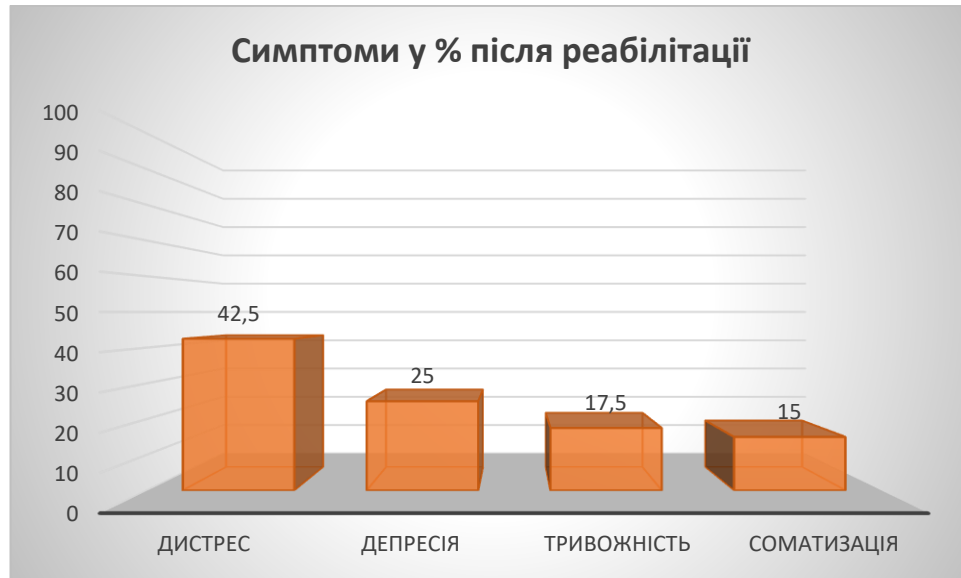


Рис. 3.5. Результати за 4DSQ після психологічної реабілітації

Таким чином, отримані результати наголошують на важливості комплексного підходу до реабілітації, який поєднує психотерапевтичні, фармакологічні та тілесно-орієнтовані методи. Подальші заходи мають бути спрямовані не лише на усунення залишкових проявів ПТСР, але й на корекцію особистісних змін, характерних для КПТСР. Це сприятиме підвищенню якості життя ветеранів та їхній успішній соціальній інтеграції.

Оцінка суб'єктивного рівня стресу, болю та психологічного дискомфорту було здійснено шкалою VAS, що виявило наступні результати, які позначені у таблиці 3.6 (с.65).

Згідно з аналізом отриманих даних, після проходження реабілітаційних заходів спостерігається значне зниження рівня болю та психологічного дискомфорту у більшості учасників. Порівняння початкових та кінцевих показників свідчить про позитивну динаміку: рівень соматичних проявів болю значно зменшився, а емоційне реагування стало більш стабільним. Особливу увагу привертає той факт, що після реабілітації збільшилася кількість

військовослужбовців та ветеранів, які відзначають мінімальний або слабкий рівень стресу, тоді як частка осіб із сильним або нестерпним болем істотно зменшилася.

Таблиця 3.6

**Показники ступеню болю/ дискомфорту
у вибірці за VAS після реабілітації**

Показники	Рівень болю/дискомфоту, кількість осіб (у %)				
	мінімальний	слабкий	помірний	сильний	нестерпний
Соматичні прояви	12 (30%)	14(35%)	8 (20%)	4 (10%)	2 (5%)
Емоційні реакції	10 (25%)	16 (40%)	8 (20%)	4 (10%)	2 (5%)
Когнітивні порушення	14 (35%)	12 (30%)	6 (15%)	6 (15%)	2 (5%)
Поведінкові зміни	16 (40%)	6 (15%)	4 (10%)	8 (20%)	2 (5%)
<i>n</i> = 40					

Згідно з аналізом отриманих даних, після проходження реабілітаційних заходів спостерігається значне зниження рівня болю та психологічного дискомфорту у більшості учасників. Порівняння початкових та кінцевих показників свідчить про позитивну динаміку: рівень соматичних проявів болю значно зменшився, а емоційне реагування стало більш стабільним. Особливу увагу привертає той факт, що після реабілітації збільшилася кількість військовослужбовців та ветеранів, які відзначають мінімальний або слабкий рівень стресу, тоді як частка осіб із сильним або нестерпним болем істотно зменшилася.

Графічне зображення результатів представлено на рисунку 3.6 (с. 66).

Результати оцінки ступеня болю та дискомфорту за шкалою VAS серед ветеранів та військовослужбовців після завершення реабілітації демонструють позитивну динаміку у зниженні симптомів, проте вказують на необхідність подальших корекційних заходів. Аналіз соматичних проявів свідчить, що 65% учасників відзначали мінімальний або слабкий рівень болю, що є показником

ефективності реабілітації. Водночас 35% все ще стикалися з помірним, сильним або нестерпним дискомфортом, що підкреслює потребу у подальшій тілесно-орієнтованій терапії, остеопатичному супроводі та можливому коригуванні медикаментозного лікування.

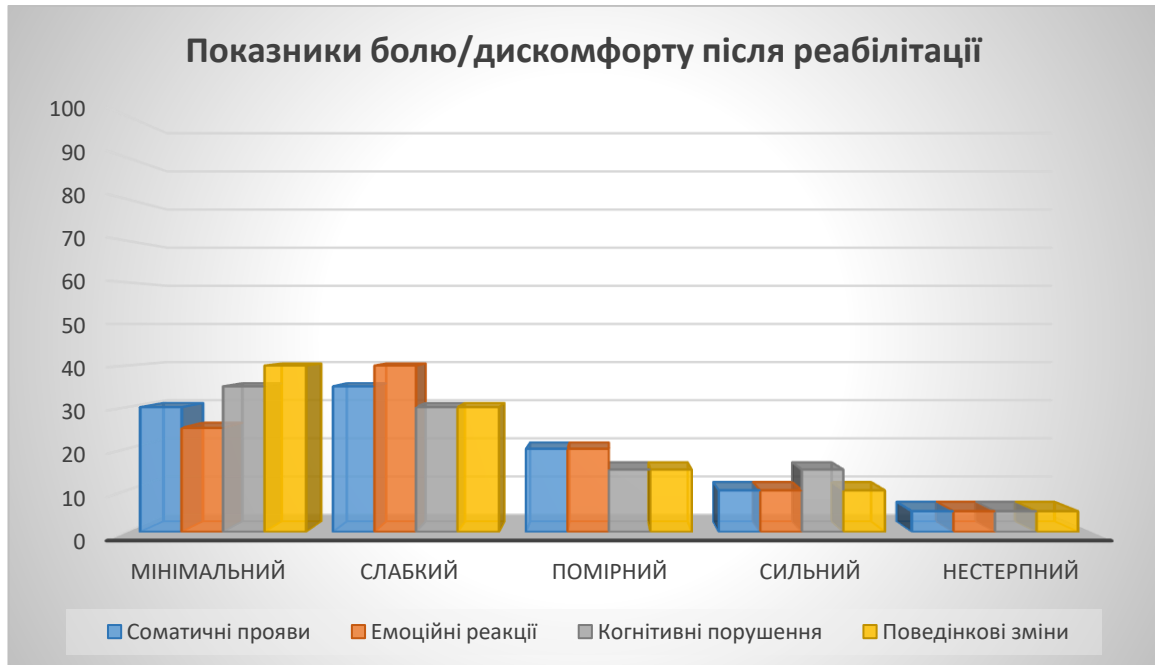


Рис. 3.6. Результати за VAS після психологічної реабілітації

Емоційні реакції залишаються значним викликом: 65% учасників повідомили про мінімальний або слабкий рівень емоційного дискомфорту, тоді як 35% відзначили його помірний, сильний або нестерпний рівень. Це може бути наслідком ПТСР або КПТСР, що вимагає подальшої психотерапевтичної підтримки. Залишковий емоційний дистрес свідчить про необхідність посилення програм емоційної регуляції, травмофокусованої терапії та довготривалого психологічного супроводу.

Щодо когнітивних порушень, 65% респондентів повідомили про мінімальні або слабкі зміни, проте у 35% спостерігалися помірні, сильні чи нестерпні когнітивні труднощі. Це може бути наслідком хронічного дистресу, травматичного стресу, перенесених черепно-мозкових травм. Для подолання цих проблем необхідно впроваджувати когнітивні тренінги, нейропсихологічну корекцію та методи відновлення когнітивних функцій, а також оцінити потребу в

додатковій медикаментозній підтримці.

Найбільш позитивні результати спостерігаються у сфері поведінкових змін: 55% учасників мали мінімальні або слабкі зміни в поведінці, що вказує на часткову адаптацію до нового стилю життя. Водночас 35% повідомили про помірні, сильні чи нестерпні поведінкові труднощі, що може свідчити про труднощі в соціальній інтеграції, проблеми з контролем імпульсів чи агресивними реакціями. Для ефективної адаптації необхідно зосередитися на програмах соціальної реінтеграції, тренінгах комунікативних навичок та роботі з посттравматичними особистісними змінами.

Загалом отримані результати підтверджують ефективність реабілітаційної Програми, однак залишкові симптоми, особливо в когнітивній, емоційній та поведінковій сферах, вимагають подальшої роботи. Корекційні заходи мають включати розширення тілесно-орієнтованих технік, посилення психотерапевтичної підтримки, зокрема методів когнітивно-поведінкової терапії, EMDR та травмофокусованого підходу, а також впровадження спеціалізованих програм когнітивної реабілітації. Довготривале супроводження військовослужбовців та ветеранів має бути комплексним, охоплюючи фізичну, емоційну та соціальну складові, що дозволить не лише стабілізувати отримані результати, а й сприятиме їхній повноцінній соціальній інтеграції та покращенню якості життя.

Психологічна реабілітація військовослужбовців та ветеранів війни є критично важливим аспектом відновлення психічного здоров'я осіб, які зазнали бойового стресу та пов'язаних із ним травматичних наслідків. Військовий досвід, особливо у зонах інтенсивних бойових дій, призводить до формування ПТСР та його складної форми КПТСР, що значно впливають на здатність індивіда адаптуватися до мирного життя.

Психологічна реабілітація осіб, які проходили військову службу та брали участь у бойових діях, є фундаментальною складовою їхнього психосоціального відновлення. Наукові дослідження в галузі клінічної психології та психотравматології свідчать, що тривалий вплив бойового стресу призводить до формування посттравматичного стресового розладу

(ПТСР) та його ускладненої форми – комплексного посттравматичного стресового розладу (КПТСР). Ці психічні стани істотно впливають на когнітивне функціонування, емоційну регуляцію та здатність індивіда до соціальної інтеграції після завершення військової служби.

Аналіз психоемоційного стану військовослужбовців і ветеранів до та після проходження реабілітаційних заходів є ключовим інструментом для оцінки ефективності застосованих терапевтичних методик та розробки подальших стратегій психосоціальної підтримки. Комплексний підхід до дослідження дозволяє не лише визначити рівень вираженості посттравматичних симптомів, але й простежити динаміку змін у когнітивній, емоційній та поведінковій сферах під впливом реабілітаційних інтервенцій.

Зіставлення даних констатувального етапу, що відображає вихідний психоемоційний стан учасників, із результатами формувального етапу, який демонструє вплив реабілітаційної Програми Студії практичної психології «Персона», дає змогу оцінити як загальну ефективність втручань, так і диференційований вплив окремих терапевтичних методів. Використання стандартизованих психологічних інструментів, зокрема шкал ITQ, 4DSQ та VAS, дозволяє якісно та кількісно оцінити зміни у рівнях дистресу, тривожності, депресії, соматизації та больових відчуттів. Отримані результати сприяють подальшій адаптації реабілітаційних програм, враховуючи індивідуальні особливості військовослужбовців і ветеранів, та формуванню нових підходів до психологічного відновлення людей, які повертаються до цивільного життя або на військову службу.

Аналіз психоемоційного стану військовослужбовців та ветеранів до та після проходження реабілітаційних заходів дозволяє оцінити ефективність використаних методик та визначити подальші напрямки роботи. Як свідчать дані, проведена психологічна реабілітація військовослужбовців та ветеранів війни демонструє виражену ефективність, що підтверджується значним зниженням проявів ПТСР та КПТСР. Якщо до початку реабілітаційних заходів жоден із респондентів не демонстрував повної відсутності симптомів ПТСР

або КПТСР, то після проходження курсу реабілітації 55% учасників уже не відповідали критеріям діагнозу. Показники класичного ПТСР знизилися із 60% до 40%, що свідчить про ефективний вплив реабілітаційних методик на процеси подолання травматичних переживань. Водночас кількість осіб із КПТСР зменшилася лише на із 40% до 5%, що вказує на складніший та більш затяжний характер цього розладу, який потребує триваліших і, можливо, більш складних та комбінованих підходів до лікування.

Детальний аналіз психофізичного стану за шкалою 4DSQ показує виражене покращення за всіма ключовими параметрами. Дистрес, як основний маркер емоційного напруження, після реабілітації знизився майже вдвічі (з 77,5% до 42,5%), що демонструє зростання психологічної стійкості та адаптивних механізмів. Депресивні прояви, що мали найвищий рівень до початку втручання (90%), після реабілітації спостерігалися у значно меншій кількості учасників (25%), що свідчить про відновлення емоційної рівноваги та покращення загального психоемоційного стану. Аналогічно, рівень тривожності, який до реабілітації фіксувався у 72,5% вибірки, зменшився до 17,5%, що є позитивним індикатором зниження нервово-психічної напруги та покращення почуття контролю над ситуацією. Найбільш вражаючою є динаміка показників соматизації, адже до початку реабілітації всі 100% учасників скаржилися на виражені психосоматичні симптоми, тоді як після проходження курсу таких залишилося лише 15%. Це підкреслює важливість психотерапевтичних втручань у подоланні тілесних проявів стресу, що часто залишаються поза увагою під час стандартних підходів до лікування в закладах охорони здоров'я.

Результати оцінки рівня фізичного дискомфорту та болю за шкалою VAS також підтверджують позитивну динаміку. До початку психологічної реабілітації лише 5% респондентів відчували мінімальний рівень болю, тоді як після втручання таких стало 30%, що вказує на суттєве полегшення фізичного стану. Аналогічно, слабкий рівень болю після реабілітації спостерігався у 35% вибірки (проти 20% до реабілітації), а частка осіб із помірними больовими відчуттями зменшилася з 35% до 20%. Найбільш значущі зміни зафіксовані

серед осіб із сильним та нестерпним болем: якщо до реабілітації таких було 40%, то після реабілітаційного втручання цей показник знизився до 15%. Це свідчить про важливу роль психологічних методик у зниженні соматичних проявів стресу, що включають м'язову напругу, головний біль, порушення роботи серцево-судинної та шлунково-кишкової системи.

Оцінка емоційних реакцій демонструє схожу динаміку: якщо до реабілітації лише 2,5% учасників повідомляли про мінімальні емоційні порушення, то після проходження програми цей показник зріс до 25%, що вказує на покращення емоційної регуляції та здатності справлятися зі стресовими ситуаціями. Водночас частка респондентів, які раніше мали виражені емоційні порушення (наприклад, гнів, панічні атаки, надмірну дратівливість), зменшилася з 52,5% до 15%, що підкреслює ефективність застосованих методів у стабілізації емоційного стану. Подібна тенденція спостерігається і щодо когнітивних порушень: частка осіб із проблемами концентрації та пам'яті, яка до реабілітації становила 65%, після реабілітації зменшилася до 35%, що вказує на поступове відновлення когнітивних функцій, важливих для соціальної адаптації та професійної діяльності.

Що стосується поведінкових змін, то вони також демонструють позитивну динаміку. Частка осіб із мінімальними змінами в поведінці після реабілітації збільшилася з 12% до 40%, що вказує на зниження дезадаптивних реакцій, таких як соціальна ізоляція, агресивність або уникнення певних ситуацій. Водночас кількість респондентів із помірними та сильними поведінковими змінами зменшилася більш ніж удвічі, що є ключовим фактором для успішної інтеграції в суспільство.

Аналіз кореляційних зв'язків підтверджує високий негативний зв'язок між реабілітацією та рівнем депресії ($r = -0,76$), соматизації ($r = -0,78$) і тривожності ($r = -0,73$), що свідчить про значну ефективність терапевтичних втручань у корекції цих станів. Водночас менш виражений негативний зв'язок спостерігається між реабілітацією та КПТСР ($r = -0,54$), що пояснюється більш стійкими нейропсихологічними змінами, характерними для комплексного

ПТСР. Варто також відзначити сильний позитивний зв'язок між реабілітацією та зменшенням болю, когнітивних розладів і поведінкових порушень, що свідчить про значний внесок психологічної підтримки у відновлення загального функціонування ветеранів.

Таким чином, результати дослідження підтверджують, що комплексний підхід до психологічної реабілітації військовослужбовців та ветеранів, який поєднує психотерапевтичні, медикаментозні та тілесно-орієнтовані методики, є ефективним у зменшенні вираженості посттравматичних розладів та покращенні загального психоемоційного стану військовослужбовців та ветеранів війни. Однак залишкова наявність симптоматики у частини вибірки (особливо у сфері КПТСР та соматизації) вказує на необхідність довготривалого супроводу, подальшої адаптації до мирного життя та розширення реабілітаційних програм, спрямованих на корекцію особистісних змін, розвиток навичок соціальної інтеграції та підтримку когнітивного функціонування.

Отримані результати доводять, що гіпотеза даної кваліфікаційної роботи – психологічна реабілітація військовослужбовців та ветеранів війни сприяє значущому зниженню рівня ПТСР, дистресу, депресії, тривожності та соматизації, а також покращенню фізичного та емоційного стану, що виражається у зменшенні больових відчуттів та дискомфорту підтверджено.

Висновки до розділу 3

Комплексна психологічна реабілітація військовослужбовців та ветеранів війни в Україні продемонструвала свою ефективність у відновленні психоемоційного стану та адаптаційних механізмів учасників бойових дій. Динаміка змін після проходження реабілітаційної програми свідчить про поступове зниження вираженості симптоматики, пов'язаної з наслідками травматичного досвіду, що вказує на важливість системного підходу у відновленні психічного здоров'я.

Суттєві покращення відзначалися у сфері емоційного регулювання, що є критично важливим компонентом терапії осіб із ПТСР та КПТСР. Зменшення

рівня тривожності та депресивних проявів, поряд зі стабілізацією загального емоційного фону, вказує на ефективність застосованих психотерапевтичних методів, зокрема когнітивно-поведінкової терапії та програм формування навичок саморегуляції. Спостерігалася позитивна динаміка у зниженні рівня психоемоційного дистресу, що свідчить про поступове відновлення здатності ветеранів адаптуватися до мирного життя та відновлювати соціальні зв'язки.

Особливу увагу слід приділити роботі із соматичними проявами, що супроводжували психічні порушення. Поступове зменшення інтенсивності тілесного дискомфорту та болю свідчить про важливість інтеграції тілесно-орієнтованих методів терапії, включаючи остеопатичне лікування та фізичну реабілітацію. Взаємозв'язок між зниженням рівня соматизації та покращенням психоемоційного стану підкреслює необхідність мультидисциплінарного підходу в реабілітації ветеранів.

Попри позитивну динаміку, залишкові прояви тривожності, депресії та емоційного виснаження вказують на необхідність подальшого психотерапевтичного супроводу, спрямованого на закріплення отриманих результатів та запобігання рецидивам симптомів. Досвід реабілітації також підкреслює важливість довготривалої підтримки у соціальній адаптації, що включає інтеграцію в професійне середовище, формування нових стратегій подолання стресу та розвиток ресурсних станів.

Таким чином, отримані результати підтверджують, що комплексний підхід до реабілітації, що поєднує психотерапію, медикаментозне лікування та тілесно-орієнтовані методи, є ключовим у подоланні наслідків бойового стресу. Подальша робота з ветеранами має бути спрямована на підтримку довготривалих ефектів терапії, зміцнення психічного здоров'я та формування сталих механізмів адаптації, що сприятиме підвищенню якості їхнього життя та успішній інтеграції в суспільство.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

Комплексна реабілітація військовослужбовців та ветеранів війни в Україні є надзвичайно важливим напрямом державної політики та системи охорони здоров'я, спрямованим на забезпечення всебічного відновлення осіб, які зазнали фізичних, психологічних і соціальних наслідків бойових дій. Відновлення військовослужбовців неможливе без комплексного підходу, що включає медичну, фізичну, соціальну та психологічну реабілітацію. Саме остання відіграє ключову роль у процесі адаптації ветеранів, оскільки психічні наслідки війни значно впливають на якість життя, міжособистісні відносини, професійну діяльність та інтеграцію у мирне суспільство.

Дослідження ефективності комплексної реабілітації засвідчило, що поєднання психологічної допомоги з медикаментозними та тілесно-орієнтованими методами сприяє суттєвому зниженню вираженості психотравматичних симптомів, стабілізації емоційного стану та формуванню адаптивних механізмів подолання стресу у військовослужбовців та ветеранів війни. Особливу значущість у цьому процесі має психологічна реабілітація, що охоплює когнітивно-поведінкову терапію, VR-терапію, психоедукацію, методи емоційної регуляції та роботу з травматичними спогадами. Застосування комплексного психотерапевтичного підходу дозволяє не лише зменшити симптоми ПТСР, а й створити умови для розвитку механізмів посттравматичного зростання, що забезпечують довготривалу стійкість до стресових факторів.

Важливим аспектом ефективної реабілітації є мультидисциплінарний підхід, який передбачає тісну співпрацю психологів, психіатрів, остеопатів та інших фахівців. Дослідження підтвердило, що координація між цими фахівцями забезпечує всебічний підхід до корекції психоемоційних та фізичних порушень, що сприяє кращим результатам відновлення. Важливу роль у процесі реабілітації відіграють тілесно-орієнтовані методи, зокрема остеопатія та фізична терапія, які сприяють зниженню рівня соматичних проявів ПТСР, таких

як м'язова напруга, психосоматичні болі та порушення сну.

Ключовим результатом дослідження стало виявлення позитивної динаміки в емоційній регуляції військовослужбовців та ветеранів, що проявилось у зменшенні рівня тривожності, депресивних станів і загального дистресу. Успішна психологічна реабілітація сприяла формуванню ефективних стратегій подолання стресу, підвищенню соціальної адаптації та покращенню комунікативних навичок ветеранів, що є критично важливим для їхньої інтеграції у мирне життя.

Дослідження показало на важливість довготривалого психологічного супроводу ветеранів після завершення основного етапу реабілітації. Збереження психологічного здоров'я потребує не лише інтенсивної терапії у гострий період після повернення з бойових дій, а й довготривалої підтримки, яка дозволяє запобігати можливим рецидивам посттравматичних розладів. Особливо важливою є розробка програм соціально-психологічної адаптації, які включають психоедукаційні заходи, групові тренінги, індивідуальну терапію та підтримку в працевлаштуванні.

Отримані результати підтверджують необхідність удосконалення державної політики у сфері реабілітації військовослужбовців та ветеранів. Розвиток комплексних програм відновлення, що базуються на інтеграції психологічних, медичних та соціальних підходів, має стати стратегічним пріоритетом для системи охорони здоров'я та соціальної підтримки України. Важливим напрямом подальших досліджень є аналіз довготривалих ефектів реабілітаційних програм та розробка індивідуалізованих підходів до терапії, що враховують специфіку травматичного досвіду кожного військовослужбовця.

З огляду на отримані дані, перспективними напрямками подальших досліджень є розробка диференційованих підходів до комплексної реабілітації залежно від тяжкості психотравматичних симптомів, аналіз ефективності різних психотерапевтичних методик та дослідження довготривалого впливу психологічної підтримки на процес відновлення та соціальної адаптації військовослужбовців і ветеранів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аймедов К. В. Біопсихосоціальна модель допомоги у клінічній практиці: Цикл наукових праць. Одеса : Прес-кур'єр, 2016. С. 153-167.
2. Бабов К. Д., Заболотна І. Б., Польщаківа Т. В., Дмитрієва Г. О., Гуша С. Г. Сучасні можливості реабілітації військовослужбовців комбатантів (учасників АТО/ООС) з посттравматичним стресовим розладом та соматичною патологією у санаторно-курортних умовах. *Фізіологія, валеологія, медицина: сучасний стан та перспективи розвитку: Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф.*, 06 квітня 2021 р., м. Харків: тези доповідей. Х.: Вид-во НФаУ, 2021. С. 25-26.
3. Балабанова Л. М., Власов В. Г., Вольнова Л. М. Ефективність психологічної реабілітації у відновленні після травматичного стресу: порівняльний аналіз методів та підходів. *Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)*. № 7(41) 2024. URL: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-16\(34\)-588-600](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-16(34)-588-600) (дата звернення 26.02.2025)
4. Борисова О. О. Психореабілітація військових і членів їхніх сімей: навч. посіб. Одеса, 2024. 342 с.
5. Бриндіков Ю. Л. Теоретичні та практичні основи організації реабілітаційної діяльності з комбатантами: навч.-метод. посіб. Хмельницький, 2018. 165 с.
6. Бриндіков Ю.Л. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій в системі соціальних служб. дис. ...д-ра пед. наук: 13.00.05. Хмельницький, 2018. 559 с.
7. Використання моделі BASIC RH як методики психоневрологічної реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій на Сході України / М. С. Комаровський [та ін.]. *Український журнал військової медицини*. 2020. Vol. 1, №3. С. 121.
8. Вільямс Б., Пойюла С. ПТСР: робочий зошит. Ефективні методики подолання симптомів травматичного стресу. Київ: Видавництво Ростислава

- Бурлаки, 2023. 528 с.
9. Всесвітня організація охорони здоров'я. Інструменти mhGAP для громади: програма дій із подолання прогалин у сфері психічного здоров'я ВООЗ. Тестова версія. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ. 2023. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO URL: <https://surl.li/qkciqix>
 10. Гавловський О. Д. Медико-соціальне обґрунтування системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами. дис. ...д-ра мед. наук: 14.02.03. Полтава, 2023. 361 с.
 11. Гайдабрус А. В. Посттравматичний стресовий розлад: визначення, ризику, алгоритм надання первинної допомоги. *Спеціалізований медичний портал Health-ua.com*. URL: <https://surl.li/ssrryx>
 12. Герасименко Л. О. Посттравматичний стресовий розлад. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2021, №8(129). URL: <https://surl.li/tdzxpв>
 13. Герасименко Л. О., Скрипніков А. М., Ісаков Р. І. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад: навч. посіб. Київ : ВСВ «Медицина», 2025. 128 с.
 14. Гончаренко Н. В., Гончаренко І. Ф. Особливості та структура медико-психологічної реабілітації військовослужбовців за наявності посттравматичного стресового розладу. *Український журнал військової медицини*. 2021. Vol. 2, № 3 дод. С. 47-48.
 15. Горшков О. О., Іванцов Г. В. Аналіз системи медико-психологічного супроводу військовослужбовців в ЗС США та Великобританії в аспекті питання психічних наслідків бойового та військово-професійного травмування. *Український журнал військової медицини*. 2021. Т. 2, №3 (дод.) С. 48-49.
 16. Демчик К. Особливості посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у людей, які переживають воєнні дії в країні. *VII Міжнародна науково-практична конференція «Психолого-педагогічні, правові та соціально-культурні проблеми сучасного суспільства»*. 2023. URL:

<https://doi.org/10.32782/fphism.2023.2.91-92> (дата звернення 23.02.25)

17. Деякі питання надання психологічної допомоги ветеранам війни, членам їх сімей та деяким іншим категоріям осіб. Постанова Кабінету міністрів України від 29 листопада 2022 р. №1338. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-2022-%D0%BF#Text> (дата звернення 26.02.25)
18. Деякі питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я. Постанова Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2022 р. № 1462. URL: <https://surl.li/rhckqe> (дата звернення 01.09.2024).
19. Досвід реабілітації військовослужбовців у державах-членах ЄС. Лютий 2024. 8 с. URL: <https://surl.li/kharaz> (дата звернення 07.08.2025).
20. Заболотна І. Б., Гуца С. Г., Балашова І. В., Безверхнюк Т. М. Проблемні питання медико-психологічної реабілітації військовослужбовців в Україні. *Вісник проблем біології і медицини*. 2023. Вип. 2 (169). С. 68-74.
21. Інновації у медико-психологічній реабілітації учасників бойових дій та постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій (клінічна настанова) / під заг. ред. Б. В. Михайлова та ін. Харків; Київ: Укрпрофоздоровниця, 2019. 152 с.
22. Ісаков Р. І. Психосоматична патологія: монографія. Київ: ВСВ «Медицина», 2023. 167 с.
23. Кальниш В. В., Мальцев О. В. Віддалені зміни психофізіологічного стану військовослужбовців після тривалого перебування в зоні проведення бойових дій. *Фізіологічний журнал*. 2021. Т. 67, № 2. С. 11-21.
24. Колесніченко О. С., Приходько І. І., Мацегора Я. В. Психологічна реабілітація військовослужбовців після виконання службово-бойових завдань в бойових умовах: монографія. Харків: НА НГУ, 2021. 75 с.
25. Котвіцька А. А., Кононенко Н. М., Чікіткіна В. В. Основні напрямки медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2022. Т. 7, № 6 (40). С. 16-22.
26. Крук І. М., Григус І. М. Сучасний погляд на психологічну реабілітацію військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом.

- Rehabilitation and Recreation*. 2023. №15. С. 50-56. URL: <https://surl.li/zvpaet> (дата звернення 01.09.2024).
27. Куркова К.М., Луценко-Миськів Л.І. Правове регулювання реабілітації військовослужбовців. *Держава та регіони. Серія: Право*, 2024 р., №1 (83) том 2. С. 53-58.
28. Лавренюк Я. В., Кулешова, О. В. Комплексний підхід до медико-психологічної реабілітації військовослужбовців: огляд науково обґрунтованих практик та втручань. *Наукові записки. Серія: Психологія*, 2024, №2, С. 77-81. URL: <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-2-11> (дата звернення 12.08.2024).
29. Ляшенко О.О., Запорожець С. В. Організація допомоги військовослужбовцям з бойовою психічною травмою в Збройних Силах України. *Український журнал військової медицини*. 2021. Т. 2, № 3 (дод.). С. 23.
30. Матяш М. М. Медико-психологічна реабілітація військовослужбовців в умовах російсько-української війни: етнопсихологічний дискурс, національні перспективи громадського здоров'я. *Український медичний часопис*, 2023, №1 (153), Т. 2, спецвипуск I/II. URL: <https://surl.li/rgbxtz> (дата звернення 02.08.2024).
31. Медична і соціальна реабілітація : підручник / Самойленко В. Б. та ін. 3-тє вид. Київ: ВСВ «Медицина», 2023. 359 с.
32. Мішура С. С., Мелещук С. А. Комплексна реабілітація пацієнтів із посттравматичним головним болем внаслідок мінно-вибухової травми. *Український науково-медичний молодіжний журнал*. 2022. Спецвип. №3, С.36-37.
33. Мороз Р. А. Психологія травмуючих ситуацій: навчально-методичний посібник. Миколаїв: Іліон, 2018. 298 с.
34. Напрямки лікування постстресових психічних розладів у комбатантів Збройних Сил України / О. В. Друзь, А. Р. Чайковський, І. О. Черненко та ін. *Український журнал військової медицини*. 2021. Т. 2, № 3 (дод.). С. 67-68.

35. Організація роботи відділення психологічної реабілітації в національному військово-медичному клінічному центрі «Головний військовий клінічний госпіталь»: інформ.-метод. посіб. / Голов. військ, клініч. госпіталь; уклад.: А. П. Казмірчук [та ін.]. Київ: Вид-во Людмила, 2021. 63 с.
36. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник / за заг. ред. Пророк Н. Том 1. Київ: «СВАРОГ», 2023. 208 с.
37. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник / за ред. Л. Царенко. Том 2. Київ, 2018. 240 с.
38. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник / за заг. ред. Л. Гридковець. Том 3. Київ, 2018. 236 с.
39. Особливості організації медико-психологічної реабілітації військовослужбовців в країнах-членах та партнерах НАТО / А. В. Швець та ін. *Український журнал військової медицини*. 2021. Vol. 2, № 4. С. 26-39.
40. Охорона ментального здоров'я та медико-психологічна реабілітація військовослужбовців в умовах гібридної війни: теорія і практика : монографія / В.І. Цимбалюк В.В. Стеблюк О.В. Друзь та ін. / ред. Цимбалюк В.І. Київ : ВСВ «Медицина», 2021. 256 с.
41. Охорона психічного здоров'я: підручник для лікарів / за заг. ред. професора Л. М. Юр'євої, професора Н. О. Марути. Харків: Строков Д.В., 2022. 290 с.
42. Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я. Постанова Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2021 р. № 1268. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-%D0%BF#Text> (дата звернення 01.09.2024).
43. Питання психологічної реабілітації ветеранів учасників антитерористичної операції та військовослужбовців операції об'єднаних сил в Україні: метод. рек. / Укр. військ.-мед. акад. МО України, Укр. наук.-практ. центр екстр. мед. допомоги та медицини катастроф МОЗ України, Центр інновац. мед. технологій НАН України; уклад.: В. Л. Савицький [та ін.]. Київ: Чалчинська Н. В., 2020. 90 с.

44. Підлужна С. А., Корчан Н. О. Психологічна реабілітація військовослужбовців з бойовими психогенними травмами. *Матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти»*, 24 лют. 2023 р., м. Полтава, 2023. С. 74-78.
45. Положення про індивідуальний реабілітаційний план, порядок його фінансування та реалізації, затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2022 р. № 1462. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1462-2022-%D0%BF#n151> (дата звернення 01.09.2024).
46. Порядок організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я. затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2022 р. № 1462. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-%D0%BF#Text> (дата звернення 01.09.2024).
47. Посттравматичний стресовий розлад. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах, Державний експертний центр МОЗ України. 2016 URL: <https://surl.li/gifvge> (дата звернення 01.09.2024).
48. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник / За заг. ред. О.С. Чабана, О.О. Хаустової. 2-ге видання, виправл. і доп. К.: Видавничий дім Медкнига, 2019. 112 с.
49. Практична психосоматика: тривога. Навчальний посібник / За заг. ред. О.С. Чабана, О.О. Хаустова. К: Видавничий дім Медкнига, 2022. 144 с.
50. Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення заходів із психологічної реабілітації постраждалих учасників Революції Гідності, учасників антитерористичної операції та осіб, які здійснювали заходи із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях. Постанова Кабінету Міністрів України від 12 липня 2017 р. № 497 URL: https://zakononline.com.ua/documents/show/378325_657806 (дата звернення 01.09.2025).

51. Про затвердження Порядку надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах. Наказ МОЗ України 16.11.2022 № 2083 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1516-22#Text> (дата звернення 01.09.2024).
52. Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню. Наказ МОЗ України 13.12.2023 №2118. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0126-24#Text> (дата звернення 08.01.2025).
53. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні. Закон України. https://ips.ligazakon.net/document/view/t052961?an=394&ed=2017_06_06 (дата звернення 01.08.2025).
54. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я. Закон України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text> (дата звернення 04.08.2024).
55. Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту. Закон України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12#Text> (дата звернення 01.08.2025).
56. Прогностична оцінка потреби у медичній реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України на основі даних структури їх бойової травми / А. В. Швець [та ін.]. *Український журнал військової медицини*. 2022. Vol. 3, № 3. С. 110-117.
57. Психологічний супровід особистості в умовах війни: навч посіб./ Кузікова С. [та ін.] Київ-Ніжин: Видавець ПП Лисенко М.М., 2024. 260 с.
58. Пучина О.В., Калинич С.М. Роль міжсекторального партнерства у підвищенні ефективності реабілітації військовослужбовців та ветеранів. *XLI International scientific and practical conference «Progressive Opportunities and Solutions of Modern Scientific Potential»* (October 2-4, 2024) Toronto, Canada. International Scientific Unity, 2024. С. 98-102. DOI 10.70286/ISU-02.10.2024.
59. Реабілітація військовослужбовців в умовах санаторно-курортних та реабілітаційних закладів: монографія / за заг. ред. Бабова К.Д. Одеса:

- «Поліграф», 2023. 80 с.
60. Реабілітація військовослужбовців з наслідками легкої черепно-мозкової травми в умовах санаторно-курортних і реабілітаційних закладів: метод. 62 вказівки / за заг. ред. І. В. Балашової, О. В. Футрук. Одеса: ДУ «Укр. НДІМР та К МОЗ України», 2022. 22 с. URL: <https://surl.li/ikpfms> (дата звернення: 30.01.2025)
61. Результати дослідження «Реінтеграція ветеранів» щодо досвіду реінтеграції ветеранів, стигматизації з боку суспільства та мережі підтримки ветеранів. *Програма реінтеграції ветеранів. Аналітичний звіт від 14 липня 2021 р.* URL: <https://surl.li/zbrvmt> (дата звернення 01.09.2024).
62. Розлади психічної сфери внаслідок бойових дій : навч. посіб. / Мішиєв В. Д. та ін. Київ : ВСВ «Медицина», 2024. 167 с.
63. Селюк М. М. Особливості ведення пацієнтів із вертеброгенним болем в умовах воєнного часу: на стику рекомендацій. *Здоров'я України*. 2023. №3. С. 46.
64. Середа І. К., Шевченко О. Я., Хащівський Л. В. Обґрунтування організації медико-психологічної допомоги військовослужбовцям Національної гвардії України. *Український журнал військової медицини*. 2021. Т. 28-2, № 3 дод. С. 29.
65. Смашна О. Є. Порушення функціонування у ветеранів із посттравматичним стресовим розладом та легкою черепно-мозковою травмою. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2022. №3. С. 102-112. DOI10.11603/1811-2471.2022.v.i3.13215 (дата звернення 01.02.2025).
66. Сошенко Т., Габінська А. Ефективність психотерапії та фармакотерапії в лікуванні ПТСР у військовослужбовців і ветеранів. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2018, №3(96). URL: <https://surl.li/xpcscpt> (дата звернення 22.02.2025).
67. Стратегія формування системи переходу від військової служби до цивільного життя на період до 2032 року. Схвалено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 31 грудня 2024 р. №1350-

- p URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1350-2024-%D1%80#Text> (дата звернення 01.09.2024).
68. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія / З.Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос [та ін.]; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с.
69. Типове положення про мультидисциплінарну реабілітаційну команду. Затверджене Постановою постановою Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2021 р. № 1268. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-%D0%BF#Text> (дата звернення 28.02.2025).
70. Типове положення про реабілітаційне відділення, підрозділ, затверджене Постановою Кабінету Міністрів України № 1268 від 03 листопада 2021 р. URL: https://zakononline.com.ua/documents/show/502435_768076 (дата звернення 28.02.2025).
71. Ткаленко О. М., Ткачук І. М., Олійник М. В., Соколюк А. К., Латищенко С.В. Сучасні коморбідні тривожно-депресивні синдроми у військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях. *Український військово-медичний журнал*, 2024, №5 (4), С. 128-136. URL: [https://doi.org/10.46847/ujmm.2024.4\(5\)-128](https://doi.org/10.46847/ujmm.2024.4(5)-128) (дата звернення 28.02.2025).
72. Фізична медицина і реабілітація за Бреддом / ред. Девід К. Чіфу. 6-те вид. Київ : ВСВ «Медицина», 2025. Т. 2 : переклад 6-го видання у 2 т. наук. ред. пер. укр Степан Вадзюк. 765 с.
73. Чабан О. С., Хаустова О. О. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги? *Український медичний часопис*. 2022. № 1. С. 27-31. DOI: 10.32471/umj.l680-3051.150.232297. (дата звернення 28.02.2025)
74. Чабан О. С., Хаустова О. О., Омелянович В. Ю. Психічні розлади воєнного часу: монографія. К. : Видавничий дім Медкнига, 2023. 232 с.
75. Черненко І. І., Фоменко Ю.Ю. Динаміка розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) в учасників бойових дій після отриманої

- бойової черепно-мозкової травми. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2023. № 22. С. 54-63. DOI: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2023-22-07>
76. Черненко І. І. Особливості реабілітації хворих після бойової черепно-мозкової травми. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2022. № 20. С. 19-24. DOI: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2022-20-03>
77. Швець А.В., Кіх А.Ю., Волянський О. М., Горішна О. В., Ю.М. Депутат. Використання міжнародної класифікації функціонування як універсального інструменту в управлінні якістю реабілітації військовослужбовців. *Український журнал військової медицини*. 2022. Vol. 3, № 3 (додаток). С. 78-79.
78. Bozgeyikli, L., Bozgeyikli, E., Funakoshiya, R., Le, Q., Walker, K., et al. Insights from the Participatory Design of a Virtual Reality Spatial Navigation Application for Veterans with a History of TBI. *У 2024 IEEE Conference on Virtual Reality and 3D User Interfaces Abstracts and Workshops (VRW)*. IEEE. URL: <https://doi.org/10.1109/vrw62533.2024.00299>
79. Clinical outcomes following exercise rehabilitation in people with multimorbidity: A systematic review / K.Barker, A. E. Holland, E. H. Skinner et al. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2023. Vol. 55. jrm00377. DOI: 10.2340/jrm.v55.2551
80. Comparative efficacy for different age groups of psychological or psychosocial treatments on post-traumatic stress disorder: protocol for systematic review, meta-analysis and meta-regression analysis / J. Li et al. *BMJ Open*. 2023. Vol. 13, No 1. URL: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-066569>
81. Lloyd A., Borrill J. Examining the Effectiveness of Restorative Justice in Reducing Victims' Post-Traumatic Stress. *Psychological Injury and Law*. 2019. Vol. 13, No 1. P. 77–89. <https://doi.org/10.1007/s12207-019-09363-9>
82. Posttraumatic Stress Disorder in Refugees / R. A. Bryant, A. Nickerson, N. Morina [et al.]. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2023. Vol. 19, No. 1. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-080921-080359

83. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis / C. Lewis et al. *European Journal of Psychotraumatology*. 2020. Vol. 11, No 1. URL: <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1729633> (дата звернення 28.02.2025).
84. Report of the Global conference on primary health care: from Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. World Health Organization. 2019. <https://surl.li/vtrygl> (дата звернення 28.02.2025).
85. Shepard A. Complex Trauma: A college counsellor's perspective. 'Perspectives on Trauma' Vol. 2 Journal 2022. <https://surl.li/hhembg> (дата звернення 28.02.2025).
86. The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. Cloitre M., Shevlin M., Brewin C.R., Bisson J.I., Roberts N.P., Maercker A., Karatzias T., Hyland P. *Acta Psychiatrica Scand.* 2018 Dec;138(6):536-546. DOI: 10.1111/acps.12956.
87. Vianez A. Virtual Reality Exposure Therapy for Armed Forces Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Focus Group / A. Vianez, A. Marques, Sirnoes de Almeida // *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2022. Vol. 19, №1. P. 1-16. URL: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/1/464> (дата звернення: 30.01.2025)
88. War exposure, posttraumatic stress disorder, and complex posttraumatic stress disorder among parents living in Ukraine during the Russian war / T. Karatzias et al. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2023. URL: <https://doi.org/10.1111/acps.13529> (дата звернення: 30.01.2025)

Інтернет-ресурси

89. В Комітеті обговорили реабілітацію військовослужбовців та ветеранів в Україні. *Сайт Комітету Верховної Ради України з питань соціальної політики та захисту прав ветеранів*. URL: https://komspip.rada.gov.ua/news/main_news/76736.html (дата звернення 20.10.2024).
90. Документування процесу надання реабілітаційної допомоги на основі

- МКФ. Академія НСЗУ. URL: <https://academy.nszu.gov.ua/enrol/index.php?id=185> (дата звернення 01.09.2024).
91. Клінічне кодування травм. *Академія НСЗУ*. URL: <https://surl.li/mppulb> (дата звернення 01.09.2024).
92. Комунікація з людьми, які зазнали травми внаслідок війни. Академія НСЗУ. URL: <https://academy.nszu.gov.ua/course/view.php?id=216> (дата звернення 01.09.2024).
93. Міністерство у справах ветеранів України. Офіційний сайт. URL: <https://mva.gov.ua/> (дата звернення 01.09.2024).
94. Нановська В. Реабілітація та віртуальна реальність: як нові технології допомагають відновитись пораненим. URL: <https://rubryka.com/article/vr-terapiya-dlya-reabilitatsiyi/> (дата звернення 01.02.2025).
95. Реабілітація в системі охорони здоров'я: курс для лікарів. Академія НСЗУ. URL: <https://academy.nszu.gov.ua/course/view.php?id=211> (дата звернення 01.09.2024).
96. Сайт Israel Medical Mission in Ukraine. <http://imm.net.ua/> (дата звернення: 30.01.2025)
97. Сайт JASP. URL: <https://jasp-stats.org/> (дата звернення: 30.01.2025)
98. Сайт UA-Test. URL: <https://ua-test.com/> . (дата звернення: 30.01.2025)
99. Сайт Verinigma. Додаток для підвищення стійкості до алексетимії. URL: <https://www.verinigma.com/download-ukr> (дата звернення: 02.01.2025)
100. Сайт Національної психологічної асоціації України. URL: <https://www.npa-ua.org/> (дата звернення: 30.01.2025)
101. Спочатку людина. Онлайн-курс про безбар'єрність у закладах охорони здоров'я. *Академія НСЗУ*. URL: <https://surl.li/ebdjyk> (дата звернення 01.09.2024).
102. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний

- стресовий розлад». URL: <https://surl.li/vczuci> (дата звернення 28.02.2025).
103. Фісунов А. Посттравматичний синдром: прихована загроза. Український тиждень. URL: <https://tyzhden.ua/posttravmatychnyj-syndrom-prykhovana-zahroza/>
104. American Psychological Association. <https://www.apa.org/>

ДОДАТКИ

Додаток А

Симптоми КПТСР за МКХ-11

Симптоми збудження	Симптоми гальмування
Фізіологічні симптоми	
Інтенсивне збільшення ЧСС; раптове помітне підвищення артеріального тиску; швидке і глибоке дихання; підвищення тону м'язів; підвищення температури тіла; підвищене потовиділення; сухість у роті та сухість очей; мідріаз; зниження апетиту та травної діяльності; зменшення виділення сечі та кишечника; запаморочення; труднощі із засинанням або підтримкою процесу сну; нічні кошмари; пілоерекція, фасцикуляція чи судоми.	Різке зниження ЧСС; раптове значне падіння артеріального тиску; повільне поверхневе дихання, задишка; зниження чи в'ялий тонус м'язів; зниження температури тіла, тремтіння; підвищена кількість слини і сліз; міоз; фіксований, скляний погляд; енурез, енкопрез; нудота, блювання; сонливість; неконтрольований тремор
Поведінка	
Надзвичайне збудження, неспокій або нероз-судливість у поведінці. Надсірна агресив-ність, можливі сварки, бійки та буйство. Інтенсивна емоційно-керована поведінка: напади паніки, спалахи плачу	Ступорозні стани з нездатністю рухатися. Соціальна відстороненість, невідповідність навколишнім подіям, відключеність від оточуючих. Відсутність відповідної реакції до зовнішньої небезпеки
Емоційна сфера	
Сильний гнів, страх або ейфорія. Виражена емоційна лабільність	Надзвичайний страх, безвихідь. Емоційне заціпеніння або емоційна анестезія
Мислення	
Прискорений темп мислення з думками, які спочатку виникають швидко та чітко, але стають занадто швидкими, викликаючи плу-танину та проблеми з пам'яттю, погані суд-ження та труднощі з розумінням мовлення	Повільний темп мислення з думками, які виникають занадто повільно або повністю відключаються, що спричиняє дезоріє-нтацію, втрату пам'яті та нездатність приймати рішення або розуміти мовлення
Свідомість та самосвідомість	
Надлишкова пильність та надмірне збудження. Цілеспрямованість і надмірна зосередженість на загрозі. Перебільшений чотирипагорбний рефлекс. Відчуття нере-альності, симптоми дереалізації-деперсоналізації	Відсутність усвідомлення та реагування на себе, інших або оточення. Неможли-вість зосередитися на безпосередніх загро-зах або реагувати на них. Втрата реакції на збудження та інших рефлексів. Відчуття реальності або зовсім слабо виражені симптоми дереалізації-деперсоналізації
Сприймання	
Перебільшений або більш яскравий зір, слух або відчуття. Поколювання в частинах тіла (парастезії). Знижена здатність відчувати фізичний біль (неопіодні рецептори)	Погіршення чи втрата зору, слуху чи відчуттів. Оніміння частин тіла. Відсу-тність відчуття фізичного болю (опіодні рецептори)

Додаток Б

**Графік реалізації Програми психологічної реабілітації
військовослужбовців та ветеранів війни в Студії практичної психології
«Персона», м. Запоріжжя**

Рівень	Форма роботи	Дата	Цільова аудиторія	Фахівець/фахівці
Фізичний	Остеопатичний прийом	18.01.25	Військовослужбовці Ветерани	Остеопат
		01.02.25	Військовослужбовці Ветерани	Остеопат
		08.03.25	Військовослужбовці Ветерани	Остеопат
		05.04.25	Військовослужбовці Ветерани	Остеопат
		26.04.25	Військовослужбовці Ветерани	Остеопат
Психологічний	Індивідуальні консультації	04.01.25	Військовослужбовці Ветерани	Психолог, психіатр
		11.01.25	Військовослужбовці Ветерани	Психолог
		18.01.25	Військовослужбовці Ветерани	Психолог
		01.02.25	Військовослужбовці Ветерани	Психолог
		15.02.25	Військовослужбовці Ветерани	Психолог, психіатр
		01.03.25	Військовослужбовці Ветерани	Психолог
		15.03.25	Військовослужбовці Ветерани	Психолог
		29.03.25	Військовослужбовці Ветерани	Психолог
		12.04.25	Військовослужбовці Ветерани	Психолог
26.04.25	Військовослужбовці Ветерани	Психолог, психіатр		
Соціальний	Тренінг «Я профі!»	11.01.25	Військовослужбовці Ветерани	Психолог, фахівець ЗОЦЗ
	Тренінг «Моє тіло – моя фортеця»	22.02.25	Військовослужбовці Ветерани	Психолог
	Тренінг «Вміти жити»	22.03.25	Військовослужбовці Ветерани, члени сімей	Психолог
	Круглий стіл з представниками громади «Від надії до взаємодії»	10.04.25	Військовослужбовці Ветерани Члени сімей Представники громади	Психолог, представники ЗОВА