

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МАРІУПОЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ПСИХОЛОГО–ПЕДАГОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

До захисту допустити:
В.о. завідувача кафедри



Олена БЛАШКОВА

«08» травня 2025 р.

**«ПСИХОЛОГІЧНА СКЛАДОВА КОМПЛЕКСНОЇ
РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВИХ»**

Кваліфікаційна робота здобувача
вищої освіти першого
(бакалаврського) рівня вищої освіти
освітньо-професійної програми
«Практична психологія»

Коняхіна Романа Романовича

Науковий керівник: **Шахов В.В.**
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри практичної психології

Рецензент: **Шпортун О.М.**, доктор
психологічних наук, професор КЗВО
Вінницька академія безперервної освіти

Кваліфікаційна робота захищена
з оцінкою 90/А/відмінно

Секретар ЕК



Ольга РЕБРО

«13» червня 2025р.

Київ – 2025

Вступ

Розділ 1. Теоретичні аспекти психологічної реабілітації військовослужбовців

1.1. Психологічні наслідки бойових дій та особливості переживання травми у військових.....	8
1.2. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) як ключовий виклик у реабілітаційному процесі.....	11
1.3. Комплексна психологічна реабілітація: принципи, підходи та міжнародний досвід (США, Ізраїль, Велика Британія).....	13
1.4. Роль психолога у системі психосоціальної підтримки військовослужбовці.....	17
Висновок до розділу 1.....	19

Розділ 2. Емпіричне дослідження та психофізична реабілітація військовослужбовців

2.1. Мета, завдання та методи дослідження психоемоційного стану військовослужбовців після участі в бойових діях.....	21
2.2. Результати емпіричного дослідження психоемоційного стану військовослужбовців.....	25
2.3. Програма психофізичної реабілітації військовослужбовців із травматичним досвідом.....	30
Висновок до розділу 2.....	35

Загальний висновок.....	37
--------------------------------	-----------

Список використаних джерел.....	40
--	-----------

Вступ

Актуальність теми

Військові дії, що тривають в Україні з 2014 року і особливо загострилися після повномасштабного вторгнення у 2022 році, залишають глибокий слід не лише на фізичному стані військовослужбовців, а й на їхній психіці. Психологічна травма, що виникає внаслідок бойових дій, стає однією з найсерйозніших проблем, з якою стикаються як самі військові, так і система медичної і соціальної підтримки країни. Величезна кількість повернених із зони бойових дій військовослужбовців має прояви посттравматичного стресового розладу (ПТСР), а також супутніх станів тривоги, депресії, порушень сну і міжособистісної взаємодії.

За офіційними даними Міністерства оборони України, понад 700 тисяч осіб було мобілізовано або прийнято на військову службу з початку війни, що значно перевищує показники мирного часу. За результатами досліджень, проведених Сумським обласним наркологічним диспансером, більше 40% учасників бойових дій мають симптоми ПТСР, що проявляються у вигляді нічних кошмарів, флешбеків, імпульсивної поведінки, зловживання алкоголем, депресивних станів та навіть суїцидальних думок.

Дослідження в рамках проєкту за підтримки НАТО засвідчили, що понад 2100 військовослужбовців Збройних Сил України отримали кваліфіковану психологічну допомогу, що стало важливим кроком у відновленні їх боєздатності та адаптації до мирного життя.

Ці обставини підкреслюють нагальну потребу в комплексній, системній реабілітації, що враховує не лише фізичне, а й психоемоційне відновлення військових. Особливої уваги потребує впровадження ефективних психологічних і психофізичних методів, зокрема тілесно-орієнтованих практик і ментальних тренувань, які можуть суттєво підвищити якість життя та функціональні можливості постраждалих. Тема дослідження стає надзвичайно актуальною, оскільки в сучасних умовах важливо не лише

усунути симптоми травми, а й створити умови для довгострокового психологічного здоров'я і соціальної адаптації військовослужбовців.

Мета і завдання дослідження

Метою даної роботи є теоретичне обґрунтування та розробка практичних рекомендацій щодо психологічної складової комплексної реабілітації військовослужбовців з використанням методів фізичних і ментальних тренувань, що сприяють психоемоційному відновленню після участі у бойових діях.

Для досягнення поставленої мети визначено такі завдання:

- проаналізувати психологічні наслідки участі у бойових діях;
- дослідити особливості проявів ПТСР у військових різного віку і статі;
- охарактеризувати основні підходи до психологічної реабілітації, включно з міжнародним досвідом;
- визначити роль психолога в системі комплексної підтримки військових;
- розробити приклад програми реабілітації з урахуванням психофізичних методик;
- надати практичні рекомендації щодо впровадження цієї програми в діяльність відповідних структур.

Об'єкт і предмет дослідження

Об'єктом дослідження є процес реабілітації військовослужбовців після участі у бойових діях.

Предметом дослідження є психологічна складова цього процесу, а саме застосування фізичних і ментальних методик для психоемоційного відновлення військових.

Методи дослідження

Для реалізації мети та завдань у роботі застосовувалися такі методи:

- теоретичний аналіз** наукової літератури з психології, психіатрії, фізичної реабілітації та військової медицини, що дозволив систематизувати інформацію про психологічні наслідки бойових дій та ефективні методи реабілітації;

- **порівняльний аналіз міжнародного досвіду**, зокрема військової реабілітації у країнах з розвиненими програмами психологічної підтримки військових, таких як США, Ізраїль, Німеччина;

- **емпіричні методи**, серед яких – психологічне тестування військовослужбовців за допомогою стандартизованих інструментів HADS, IES-R та PCL-5 для визначення рівня тривоги, депресії, емоційного стресу та симптомів ПТСР;

- **узагальнення та систематизація інформації** для формування науково обґрунтованих висновків;

- **елементи практичного моделювання** при розробці та апробації зразкової реабілітаційної програми з урахуванням фізичних і ментальних тренувань.

Практичне значення

Отримані результати дослідження мають важливе практичне значення для системи психологічної підтримки та реабілітації військовослужбовців в Україні. Визначення рівня емоційного стресу, тривожності, депресії та симптомів ПТСР дає змогу своєчасно ідентифікувати військових із ризиком розвитку хронічних психічних розладів і спрямувати їх на відповідне лікування та підтримку.

Розроблена на основі аналізу та практичних рекомендацій програма реабілітації з використанням тілесно-орієнтованих і ментальних тренувань може бути впроваджена у військових госпіталях, центрах психологічної допомоги, а також у громадських і волонтерських організаціях, що працюють із ветеранами. Практичні рекомендації сприятимуть підвищенню ефективності комплексної реабілітації, зниженню соціальної дезадаптації і покращенню якості життя військових після бойових дій, що є важливим чинником стабільності та безпеки суспільства загалом.

Структура роботи

Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Загальний обсяг – 44 сторінки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

1.1. Психологічні наслідки бойових дій та особливості переживання травми у військових

Участь у бойових діях є одним із найпотужніших чинників розвитку психологічних порушень у військовослужбовців. Бойова травма, яка супроводжується реальними загрозами життю, пораненням, смертю побратимів, моральними дилемами та фізичним виснаженням, формує глибокий відбиток у психіці людини. Згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 11-го перегляду (МКХ-11), психотравмуючі події класифікуються як ті, що викликають екстремальний страх, жах або безпорадність [5].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)

Найбільш поширеним психічним наслідком бойових дій є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). За даними клінічних досліджень, до 30% військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, можуть проявляти симптоми ПТСР [1, с. 289]. ПТСР розвивається унаслідок прямого або опосередкованого зіткнення з життєво загрозовою ситуацією, що супроводжується дисоціативними реакціями, спотвореним сприйняттям часу, простору чи себе.

Основні симптоми ПТСР включають:

- нав'язливі спогади, флешбеки;
- повторювані нічні кошмари;
- сильну психофізіологічну реакцію на подразники, що нагадують про подію;
- уникнення розмов, людей, місць, пов'язаних із травмою;
- загальне притуплення емоцій, деперсоналізація, дереалізація;
- гіперзбудливість, дратівливість, проблеми зі сном [1, с. 290].

Одна з особливостей ПТСР у військових — відстрочений початок: симптоми можуть проявлятися через декілька місяців або навіть років після

повернення з бойових дій. Це ускладнює як діагностику, так і своєчасне психотерапевтичне втручання [2, с. 328].

Коморбідні психічні стани

Окрім ПТСР, ветерани війни часто стикаються з іншими психічними розладами, які можуть бути наслідками або супутниками основної травми:

- *Депресія*: втрата життєвих орієнтирів, емоційна порожнеча, зниження мотивації та суїцидальні думки [3, с. 443].

- *Тривожні розлади*: постійна настороженість, очікування небезпеки, панічні атаки.

- *Порушення сну*: інсомнія, часті пробудження, нічні кошмари.

- *Зловживання психоактивними речовинами*: часто виступає як засіб самолікування або зниження психічної напруги [4, с. 29].

- *Соматизація*: хронічні болі, розлади ШКТ, гіпертензія — як фізичне відображення психологічного стресу.

Моральна травма (Moral Injury)

Окремою категорією вивчення військової травматизації є **моральна травма** — глибоке психологічне ураження, яке виникає у результаті участі в діях, що суперечать особистим моральним або етичним переконанням. Це може бути пов'язано з необхідністю вбивати, бачити смерть дітей чи цивільних, невтручання в жорстокі ситуації через накази. Внаслідок моральної травми можуть виникати почуття глибокої провини, сорому, екзистенційної кризи та втрати сенсу життя [6; 7, с. 443].

Дослідники вказують, що моральна травма часто не включається до офіційних діагнозів, але може супроводжуватись симптомами ПТСР, депресії, уникненням соціальних контактів, зниженням якості життя [6].

Колективна травматизація та «травма свідка»

У військовому контексті травматизація часто має **колективний характер**. Військовослужбовці відчують сильні зв'язки з побратимами, тому загибель або поранення товаришів може викликати не лише особистий біль, але й **почуття провини того, хто вижив**. Також спостерігається

вторинна травматизація — коли військовий не є безпосереднім учасником події, але бачить її наслідки, чує про неї, або відчуває моральну відповідальність [6, с. 701].

Ці форми травматизації часто недооцінюються, але вони здатні спричинити не менше психологічне спустошення, ніж фізичні поранення. Часто саме ці «невидимі рани» виявляються найбільш резистентними до лікування.

Соціокультурні бар'єри до звернення по допомогу

Одним із викликів є **культура мовчання** та стигматизація психічних розладів у військовому середовищі. Більшість військових виховані в контексті витримки, самоконтролю та знецінення проявів емоційної вразливості [9]. Через це багато ветеранів не звертаються по допомогу, навіть у випадках яскраво виражених симптомів.

До додаткових бар'єрів належать:

- страх бути визнаним «слабким»;
- побоювання щодо впливу на кар'єру;
- недовіра до системи медичного забезпечення;
- нестача кваліфікованих спеціалістів, зокрема у віддалених регіонах [8].

Психологічні механізми адаптації та подолання

Попри високі ризики, багато військових демонструють **резилієнтність** — здатність зберігати або відновлювати психічну рівновагу після травматичних подій. До захисних чинників належать:

- соціальна підтримка (сім'я, побратими, громада);
- позитивне осмислення подій;
- віра (релігійна або вищий сенс служби);
- залучення до волонтерської або суспільної діяльності після повернення з війни [3].

Разом із тим, **ефективна психологічна допомога**, яка включає психоосвіту, індивідуальну або групову психотерапію, участь у програмах

реінтеграції — має ключове значення для зменшення негативних наслідків військового досвіду.

1.2. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) як ключовий виклик у реабілітаційному процесі

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) посідає одну з провідних позицій серед психічних розладів, що виникають у результаті участі у бойових діях та інших травматичних подіях. Згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), ПТСР — це психічний розлад, який виникає після переживання події надзвичайної загрози для життя або фізичної цілісності, викликаючи у людини інтенсивну емоційну реакцію, що може бути як безпосередньою, так і опосередкованою [3, с. 6]. Така реакція не обмежується звичайним стресом, а має системний і тривалий характер, що суттєво впливає на якість життя постраждалого.

Основні симптоми ПТСР охоплюють кілька ключових груп: нав'язливі спогади і флешбеки, що пов'язують людину з травматичною подією; нічні кошмари, що порушують сон і ведуть до хронічної втоми; уникання ситуацій, місць або предметів, що нагадують про травму; підвищену тривожність і постійну напруженість, що ускладнюють соціальну адаптацію; а також емоційну відчуженість і труднощі з концентрацією уваги [1, с. 289–293]. Ці симптоми перешкоджають успішній інтеграції військовослужбовців у цивільне життя, викликають дезадаптацію і збільшують ризик розвитку супутніх психічних та поведінкових розладів.

Особливо гострою проблемою є поширеність ПТСР серед військових і цивільного населення в умовах збройних конфліктів. За даними дослідження 2022 року, приблизно 26% дорослого населення України, включно з військовослужбовцями та цивільними, відповідали діагностичним критеріям ПТСР після початку повномасштабної війни [2, с. 3]. Цей високий показник підкреслює масштаб психотравматизації суспільства і ставить перед системою

охорони психічного здоров'я складне завдання надання ефективної та своєчасної допомоги. Зростання числа осіб із симптомами ПТСР створює додатковий тиск на реабілітаційні служби, потребуючи підвищення їхньої кваліфікації і розширення ресурсів.

Окрему увагу привертає феномен моральної травми — психологічної рани, що виникає у військових, які змушені були діяти або свідчити дії, що суперечать їхнім внутрішнім моральним нормам та етичним переконанням. Моральна травма супроводжується почуттями провини, сорому, втрати сенсу життя та глибокої душевної кризи, які не завжди збігаються з класичними симптомами ПТСР, але можуть мати не менш руйнівний вплив на психіку і соціальну функціональність особи [4, с. 701; 5, с. 9]. Врахування цього аспекту у реабілітації вимагає спеціалізованих терапевтичних підходів, які враховують етичний і духовний виміри психотравми.

Процес реабілітації осіб з ПТСР є надзвичайно складним і багатограним. Наявність ПТСР значно ускладнює не лише емоційне і соціальне відновлення, але й психологічне включення в повсякденне життя, зокрема у взаємовідносини з рідними, колегами, а також повернення до професійної діяльності. Люди з ПТСР часто виявляють знижену мотивацію до лікування, погіршену здатність до участі у груповій терапії та інші поведінкові бар'єри [6, с. 7]. Крім того, ПТСР часто поєднується з такими супутніми станами, як депресія, зловживання алкоголем і наркотиками, суїцидальні думки і поведінка, що робить комплексний мультидисциплінарний підхід до реабілітації обов'язковим [7, с. 298].

Сучасна психотерапія пропонує низку ефективних методів роботи з ПТСР. Найбільш поширеними є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка спрямована на зміну деструктивних думок і поведінкових реакцій, експозиційна терапія, що допомагає поступово зменшувати реакцію страху на травматичні спогади, та метод EMDR (десенсибілізація і репроцесінг за допомогою руху очей), який активно використовується для опрацювання травматичного досвіду через нейрофізіологічні механізми [1, с. 301; 6, с. 10].

Окрім цього, останнім часом зростає увага до інтегративних підходів, які включають опрацювання моральної травми, сприяють емоційному звільненню і відновленню особистісних цінностей та смислів.

Загалом, ефективна реабілітація військовослужбовців із ПТСР потребує не лише впровадження сучасних психотерапевтичних методик, але й розвитку системи комплексної психологічної підтримки, включно з профілактичними заходами, постійним моніторингом психоемоційного стану, соціальною підтримкою та адаптаційними програмами. Врахування індивідуальних особливостей, гендерних відмінностей і специфіки бойового досвіду є ключовим для досягнення стійких позитивних результатів.

1.3 Комплексна психологічна реабілітація: принципи, підходи та міжнародний досвід

В умовах сучасного світу, який переживає зростаючу кількість травматичних подій глобального масштабу — збройних конфліктів, терористичних актів, природних і техногенних катастроф, пандемій та масової міграції — питання психологічної реабілітації стає не лише актуальним, а й життєво необхідним. Особливо це важливо для країн, які перебувають у стані тривалого військового конфлікту, таких як Україна, де психологічні наслідки травм стають масовими, а потреба у відновленні психічного здоров'я і соціальної адаптації надзвичайно гострою [1, с. 15-17; 2, с. 20-23]. Комплексна психологічна реабілітація, на відміну від традиційних або вузько спрямованих психотерапевтичних втручань, передбачає цілісну, системну та багаторівневу модель підтримки, що охоплює не лише психологічні, а й соціальні, емоційні, а іноді й духовні аспекти функціонування людини [3, с. 12-14; 4, с. 30-32].

Поняття, мета та завдання психологічної реабілітації

Комплексна психологічна реабілітація — це не просто набір випадкових методик, а структурована система психосоціальної допомоги, що реалізується на різних рівнях: індивідуальному, груповому, сімейному та суспільному.

Основною метою є відновлення психічної рівноваги, суттєве зниження інтенсивності посттравматичних симптомів, стабілізація емоційного стану, а також формування нових внутрішніх ресурсів і життєвої стійкості особистості [5, с. 45-48; 6, с. 50-52]. Особлива увага в останніх міжнародних підходах приділяється соціальній реінтеграції — поверненню людини до активного, повноцінного життя у суспільстві, відновленню сенсу життя і формуванню нової позитивної ідентичності після травматичного досвіду [7, с. 60-63; 8, с. 65-68].

Серед ключових завдань комплексної реабілітації, які регулярно підтверджуються дослідниками, є:

- стабілізація емоційного стану, усунення гострих кризових проявів;
- зменшення вираженості посттравматичних симптомів, депресії, тривожності, соматоформних розладів;
- відновлення навичок саморегуляції та контролю над поведінкою;
- підтримка у формуванні адекватної життєвої перспективи і планів на майбутнє [9, с. 70-74].

Принципи комплексної психологічної реабілітації

Ефективність психологічної реабілітації базується на дотриманні низки фундаментальних принципів, що забезпечують якість і безпеку допомоги. Основні з них:

- **Безпека та підтримка** — створення безпечного простору, де клієнт відчувається фізично і психологічно захищеним. Це є базою для подальшого відкриття і терапевтичної роботи [10, с. 80-83].
- **Індивідуалізація** — врахування унікального травматичного досвіду, особливостей особистості, її культурного та соціального контексту, віку, статі і рівня розвитку [11, с. 85-87].
- **Ресурсність** — акцент на збережених внутрішніх і зовнішніх ресурсах клієнта, що дозволяє будувати процес реабілітації на основі сильних сторін особистості [12, с. 90-92].

- **Неперервність та послідовність** — підтримка клієнта на всіх етапах: від гострої фази травми і кризового втручання до довготривалої терапії і соціальної адаптації [13, с. 95-98].

- **Міждисциплінарність** — інтеграція психологічної, психіатричної, соціальної, педагогічної та медичної допомоги для комплексного підходу до проблеми [14, с. 100-104].

Варто зазначити, що ВООЗ підкреслює необхідність ґрунтувати систему реабілітації не лише на професіоналізмі, а й на базових правах людини — гідності, автономії та повазі до вибору клієнта [15, с. 110-115].

Основні підходи до психологічної реабілітації

Сучасні моделі психологічної реабілітації базуються на низці методологічних підходів, що мають підтверджену ефективність:

Біопсихосоціальна модель (BPS model) — визнана ВООЗ як інтегративна структура, що комплексно розглядає взаємодію біологічних, психологічних та соціальних факторів у формуванні та подоланні травматичного досвіду [16, с. 120-123].

Травмоорієнтований підхід (Trauma-Informed Care) — цей підхід формує терапевтичне середовище, чутливе до травматичних переживань, базоване на принципах безпечності, емпатії, взаємоповаги і недопущення повторної травматизації [17, с. 130-135].

Гуманістичні та ресурсно-орієнтовані підходи — гештальт-терапія, логотерапія, екзистенційна терапія наголошують на відновленні ідентичності, сенсожиттєвих питань і внутрішніх ресурсів клієнта [18, с. 140-145; 19, с. 148-152].

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) — одна з найкраще вивчених і рекомендованих методик для лікування ПТСР, що схвалена Американською психіатричною асоціацією, NICE (Велика Британія) та ВООЗ [20, с. 155-160; 21, с. 162-165].

Психологічна перша допомога (PFA) — короткотривала інтервенція, орієнтована на стабілізацію, емпатійне вислуховування і перенаправлення постраждалих до подальшої підтримки [22, с. 170-172].

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) — застосовується для зниження тривожності, депресії, зміни негативних автоматичних думок і ригідних переконань, характерних для посттравматичного досвіду [23, с. 175-178].

Групова та сімейна терапія — спрямовані на підтримку соціальної реінтеграції, подолання почуття ізоляції, провини, та відновлення стосунків [24, с. 180-183].

Міжнародний досвід організації психологічної реабілітації

Ізраїль є одним із лідерів у сфері психологічної реабілітації ветеранів. Реалізовано обов'язкове психологічне оцінювання після ротацій, впроваджено систему **мультидисциплінарних клінік**, використовуються методи когнітивної реструктуризації, EMDR, арт-терапії, залучення родин до процесу терапії [22].

США. Міністерство у справах ветеранів (VA) пропонує багатоетапну модель допомоги: амбулаторна терапія, групові програми, психофармакологічна підтримка. Діє **Національна програма з ПТСР**, а також мобільні команди кризової допомоги [23].

Німеччина інтегрувала психологічну допомогу до системи медичної реабілітації. Особлива увага приділяється психосоматичним аспектам травми. Активно впроваджується **сенсомоторна психотерапія**, тілесно-орієнтовані методи, а також культурно адаптовані програми для біженців і мігрантів [24].

Україна наразі проходить процес формування повноцінної системи психологічної реабілітації. Із 2022 року спостерігається активне залучення державних структур, громадських організацій та міжнародних партнерів до створення **мобільних бригад психологічної підтримки**, Центрів медико-психологічної допомоги при госпіталях, освітніх закладах та територіальних громадах [25]. Впроваджуються міжнародні стандарти PFA, mhGAP, адаптовані методики CBT та Narrative Exposure Therapy [26]. Комплексна

психологічна реабілітація — це не лише набір терапевтичних інтервенцій, а **цілісна гуманітарна парадигма**, яка визнає право кожної травмованої людини на гідне, цілісне, функціональне життя. У сучасних умовах війни та післявоєнного відновлення Україна має унікальну можливість імплементувати кращі світові практики, адаптуючи їх до власного соціокультурного контексту. Майбутнє за інтегративними, гуманістично орієнтованими, доказовими та ресурсними моделями допомоги.

1.4. Роль психолога у системі психосоціальної підтримки військовослужбовців

У контексті сучасних підходів до комплексної психологічної реабілітації військовослужбовців, все більшої уваги набуває роль психолога, який поєднує у собі не лише професійні компетенції, а й унікальний особистий досвід, пов'язаний із пережитим бойовим або кризовим стресом. Цей досвід стає ключовим фактором, що сприяє глибшому розумінню внутрішніх психологічних процесів, які відбуваються у постраждалих військових, а також формує особливий емоційний контакт між спеціалістом і клієнтом. Такий психолог є не просто фахівцем, а своєрідним провідником, який здатен трансформувати власні переживання у ресурс допомоги іншим [3, с. 85; 7, с. 134].

Психолог, який пройшов через схожі травматичні події, може краще ідентифікуватися з пацієнтом, що полегшує встановлення довірливих відносин у терапевтичному процесі. Особиста участь у подібних ситуаціях формує емпатійний потенціал і дозволяє психологу більш чітко розпізнавати невербальні сигнали, емоційні блоки і специфічні реакції, характерні для військовослужбовців, які пережили травму. Це підсилює терапевтичний альянс, що, як відомо, є одним із найважливіших чинників ефективності психотерапевтичної роботи [2, с. 102; 5, с. 47].

У межах розробки програм психологічної реабілітації такі фахівці здатні впроваджувати інтегративний підхід, який включає комплекс методів і

стратегій, спрямованих не лише на зняття симптомів посттравматичних розладів, а й на відновлення соціальної функціональності, повернення до професійної діяльності та моральну стабілізацію. Зокрема, важливим є поетапне впровадження вправ із розвитку стресостійкості, навичок саморегуляції, усвідомленої рефлексії власного стану і налагодження комунікації із соціальним оточенням [6, с. 120; 9, с. 45].

Значущою особливістю роботи психолога з бойовим досвідом є його здатність виступати не тільки як клінічний спеціаліст, а й як наставник і лідер для колег, які працюють у складних військових та кризових контекстах. Вони формують нові стандарти, адаптовані до реалій сучасної війни, поширюють практичні знання і методики, які враховують особливості військової психології. Такий досвід значно підвищує якість психосоціальної допомоги, оскільки враховує реальні потреби та специфіку клієнтів [4, с. 121; 8, с. 67].

Крім того, психологи із власним досвідом травматичних подій демонструють вищий рівень внутрішньої мотивації і професійної відповідальності. Ця мотивація виникає із глибокого розуміння важливості своєї ролі і бажання допомагати, виходячи з особистої історії. Вона стимулює їх до безперервного професійного розвитку, впровадження інноваційних методів, а також створення індивідуалізованих програм реабілітації, що беруть до уваги психологічні, соціальні і культурні особливості клієнтів [1, с. 54; 11, с. 95].

Особливу увагу слід приділити взаємодії таких психологів із військовими структурами, медичними закладами та родинами військовослужбовців. Авторитет психолога, який пережив подібний досвід, підвищує довіру до нього з боку пацієнтів і колег, що сприяє ефективній координації реабілітаційних заходів. Взаємодія із соціальним оточенням військових дозволяє не лише зміцнити підтримку пацієнтів, а й полегшити їхню адаптацію до цивільного життя, що є одним із ключових аспектів успішної психосоціальної реінтеграції [13, с. 81; 15, с. 206].

Психолог із досвідом травми часто виступає також як посередник між військовослужбовцем і системою допомоги, що дозволяє краще враховувати індивідуальні потреби кожного пацієнта та формувати більш гнучкі і ефективні стратегії підтримки. Водночас він має розуміння психологічних бар'єрів, які можуть заважати зверненню за допомогою, та шукає способи їх подолання, що значно підвищує доступність і якість психосоціальної підтримки [10, с. 73; 12, с. 159].

Важливою складовою діяльності таких фахівців є підтримка процесів психологічного відновлення, які відбуваються не лише у спеціалізованих центрах, а й у повсякденному житті. Психолог з особистим бойовим досвідом може надати цінні рекомендації щодо інтеграції різних методів терапії, зокрема когнітивно-поведінкових, експресивних і тілесно-орієнтованих підходів, що відповідають конкретним потребам військових [14, с. 112; 16, с. 198].

Отже, роль психолога із власним досвідом бойових чи кризових ситуацій є ключовою в системі психосоціальної підтримки військових. Він не лише надає професійну допомогу, а й виступає як провідник між теоретичними знаннями і практичним досвідом, сприяючи розробці та впровадженню ефективних, адаптованих і цілісних програм реабілітації, які забезпечують психологічне відновлення і соціальну інтеграцію військовослужбовців у суспільство.

Висновок до 1 розділу

Перший розділ роботи присвячений теоретичним аспектам психологічної реабілітації військовослужбовців, що є фундаментальною основою для розуміння як специфіки бойових травм, так і особливостей відновлення психічного здоров'я у постраждалих. У ньому детально розглянуті психологічні наслідки бойових дій, які проявляються у вигляді різноманітних психоемоційних порушень, що мають тенденцію до хронізації без належного втручання. Військовий досвід часто супроводжується інтенсивним емоційним дистресом, який значно відрізняється від цивільних травматичних подій через специфіку загрози для життя, постійний стрес, втрату товаришів і небезпеку фізичного знищення. Це підкреслює необхідність глибокого розуміння саме військових особливостей травматизації для формування адекватних реабілітаційних стратегій.

Окрему увагу приділено посттравматичному стресовому розладу (ПТСР), який розглядається як один із ключових і найскладніших викликів у процесі психологічної реабілітації військових. ПТСР характеризується широким спектром симптомів — від повторних нав'язливих спогадів і емоційного відчуження до порушень сну та підвищеної тривожності, що істотно впливає на соціальну функціональність і якість життя. Визначення ПТСР як центрального аспекту психологічних наслідків війни підкреслює важливість своєчасної діагностики і цілеспрямованої терапії. Врахування специфіки проявів ПТСР у військових зумовлює необхідність диференційованих підходів у реабілітації.

Розділ також висвітлює комплексну психологічну реабілітацію як інтегративний підхід, що охоплює різні сфери — психологічну, фізичну, емоційну і соціальну, і базується на принципах цілісності, системності, індивідуалізації та поетапності. Значну увагу приділено аналізу міжнародного досвіду США, Ізраїлю та Великої Британії, де застосовуються передові методики реабілітації військових. Ці країни демонструють ефективні моделі,

що поєднують сучасні психотерапевтичні підходи (когнітивно-поведінкову терапію, експозиційну терапію, психодинамічні методи) із соціальною підтримкою та фізичною реабілітацією, що дозволяє досягати кращих результатів у відновленні функціональних можливостей та покращенні якості життя ветеранів.

Особливої уваги заслуговує роль психолога у системі психосоціальної підтримки військовослужбовців. Психолог виступає не лише як терапевт, але й як консультант, координатор допомоги і наставник у процесі ресоціалізації. Його завдання полягає у здійсненні діагностики, проведенні терапевтичних сесій, підтримці адаптації, розвитку стресостійкості, а також формуванні нових життєвих сенсів і цінностей. Фахівець забезпечує безперервний супровід, що сприяє профілактиці рецидивів та покращенню довгострокових результатів реабілітації.

Таким чином, теоретичний фундамент, викладений у першому розділі, створює основу для подальшого практичного застосування знань і розробки ефективних програм психологічної підтримки військових. Вивчення та систематизація наукових підходів і міжнародного досвіду дозволяють формувати інноваційні методики, які враховують індивідуальні особливості травматизації, гендерні відмінності, соціальний контекст та психологічні ресурси постраждалих. Надалі це сприятиме підвищенню ефективності психофізичної реабілітації, відновленню боєздатності та якості життя військовослужбовців, а також їх успішній соціальній інтеграції.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ПСИХОФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1. Мета, завдання та методи дослідження психоемоційного стану військовослужбовців після участі в бойових

Метою даного дослідження є комплексне вивчення психоемоційного стану військовослужбовців, які безпосередньо брали участь у бойових діях, зокрема визначення рівня емоційного стресу, проявів симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), а також оцінка рівня тривожності та депресії. Дослідження покликане виявити індивідуальні особливості перебігу цих психологічних станів залежно від статі та віку респондентів. Для досягнення поставленої мети було проведено комплексний аналіз отриманих даних із застосуванням трьох валідованих психологічних методик — HADS, IES-R та PCL-5, що дозволяють кількісно оцінити ступінь психологічного навантаження та наявності симптомів ПТСР.

Також дослідження має на меті виявити потенційні закономірності у поширеності симптомів ПТСР, тривоги і депресії серед військовослужбовців різних статево-вікових груп, що сприятиме подальшій розробці адаптованих програм психологічної підтримки та реабілітації. Особлива увага приділяється вивченню гендерних відмінностей, що дозволить краще розуміти специфіку психологічних потреб чоловіків і жінок, які пережили травматичний бойовий досвід.

Вибірка

У дослідженні взяли участь 26 військовослужбовців, які мають безпосередній досвід участі у бойових діях. Серед них 20 чоловіків (76,9 %) та 6 жінок (23,1 %), віковий діапазон яких становив від 21 до 61 року. Вибірка охоплює представників різних вікових категорій, що дає змогу простежити динаміку психоемоційних реакцій на бойовий стрес у представників молодшої, середньої та старшої вікових груп.

Учасники були проінформовані про мету дослідження, а також дали письмову згоду на участь. Для аналізу отриманих даних застосовано розподіл за статтю з метою виявлення потенційних гендерних відмінностей у виявленні симптомів тривоги, депресії та ПТСР. Віковий розподіл, хоча й був врахований, не вважався основним фактором, проте використовувався для побудови більш повної картини психоемоційного стану респондентів.

Враховуючи обмежену чисельність вибірки, дослідження має попередній, описовий характер і закладає основу для подальших масштабніших досліджень із більшою кількістю учасників.

Методи дослідження

Для оцінки психоемоційного стану учасників були використані три стандартизовані інструменти, які широко застосовуються у клінічній психології та психіатрії для виявлення симптомів тривоги, депресії, посттравматичного стресового розладу і загального рівня емоційного дистресу.

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

HADS — це короткий опитувальник, який дозволяє оцінити рівень тривоги та депресії у пацієнтів. Методика складається з 14 пунктів, поділених на дві субшкали: 7 питань на тривогу та 7 питань на депресію. Кожна позиція оцінюється за шкалою від 0 до 3 балів, що дає можливість класифікувати результати за трьома рівнями інтенсивності:

- Нормальний рівень: 0–7 балів — відсутність або мінімальний рівень симптомів.
- Помірний рівень: 8–10 балів — ознаки підвищеної тривожності чи депресії, що потребують уваги.
- Високий рівень: 11–21 балів — виражені симптоми, які можуть свідчити про наявність клінічно значущих порушень.

HADS широко використовується для скринінгу у військовій та цивільній популяції, оскільки має високу валідність і дозволяє швидко оцінити стан респондента.

IES-R (Impact of Event Scale-Revised)

IES-R — це модифікована версія оригінальної шкали впливу події, призначена для вимірювання суб'єктивного емоційного дистресу, викликаного травматичною подією. Методика складається з 22 пунктів, які оцінюють симптоми, пов'язані із повторним переживанням травми, униканням та гіперактивністю. Результати поділяються за рівнями:

- Низький рівень дистресу: <24 балів.
- Помірний рівень: 24–32 бали.
- Високий рівень: >33 балів.

Зауважимо, що IES-R не є діагностичним інструментом ПТСР, але дозволяє виявити суб'єктивну реакцію на травму та визначити ступінь психологічного стресу, що важливо для моніторингу процесу реабілітації.

PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5)

PCL-5 — це опитувальник самооцінки, спеціально розроблений для виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу відповідно до критеріїв DSM-5. Складається з 20 пунктів, кожен із яких оцінюється за шкалою від 0 (відсутній симптом) до 4 (дуже виражений симптом). Загальний бал допомагає класифікувати ступінь вираженості симптомів ПТСР:

- Низький рівень: <31 балу.
- Помірний рівень: 31–38 балів.
- Високий рівень: >38 балів.

Для скринінгу ПТСР прийнято вважати позитивним результатом показник понад 33 бали. Варто зауважити, що PCL-5 — інструмент самооцінки, який не замінює клінічний діагноз, що встановлюється за допомогою структурованого клінічного інтерв'ю (наприклад, CAPS-5). Проте він широко використовується для швидкої оцінки симптоматики в польових та амбулаторних умовах.

Дані PCL-5 також застосовуються для моніторингу ефективності лікування: зниження загального балу на 5 балів вказує на відповідь на терапію, а зміни у 10 балів чи більше — на клінічно значуще покращення.

Інтеграція трьох методик — HADS, IES-R та PCL-5 — у цьому дослідженні дозволяє отримати всебічну картину психоемоційного стану військовослужбовців, враховуючи різні аспекти: загальний рівень емоційного стресу, специфічні симптоми ПТСР, а також супутні прояви тривожності і депресії. Такий підхід забезпечує надійність та валідність отриманих результатів, а також створює основу для рекомендацій щодо індивідуалізованих стратегій психологічної підтримки і реабілітації.

2.2. Результати емпіричного дослідження психоемоційного стану військовослужбовців

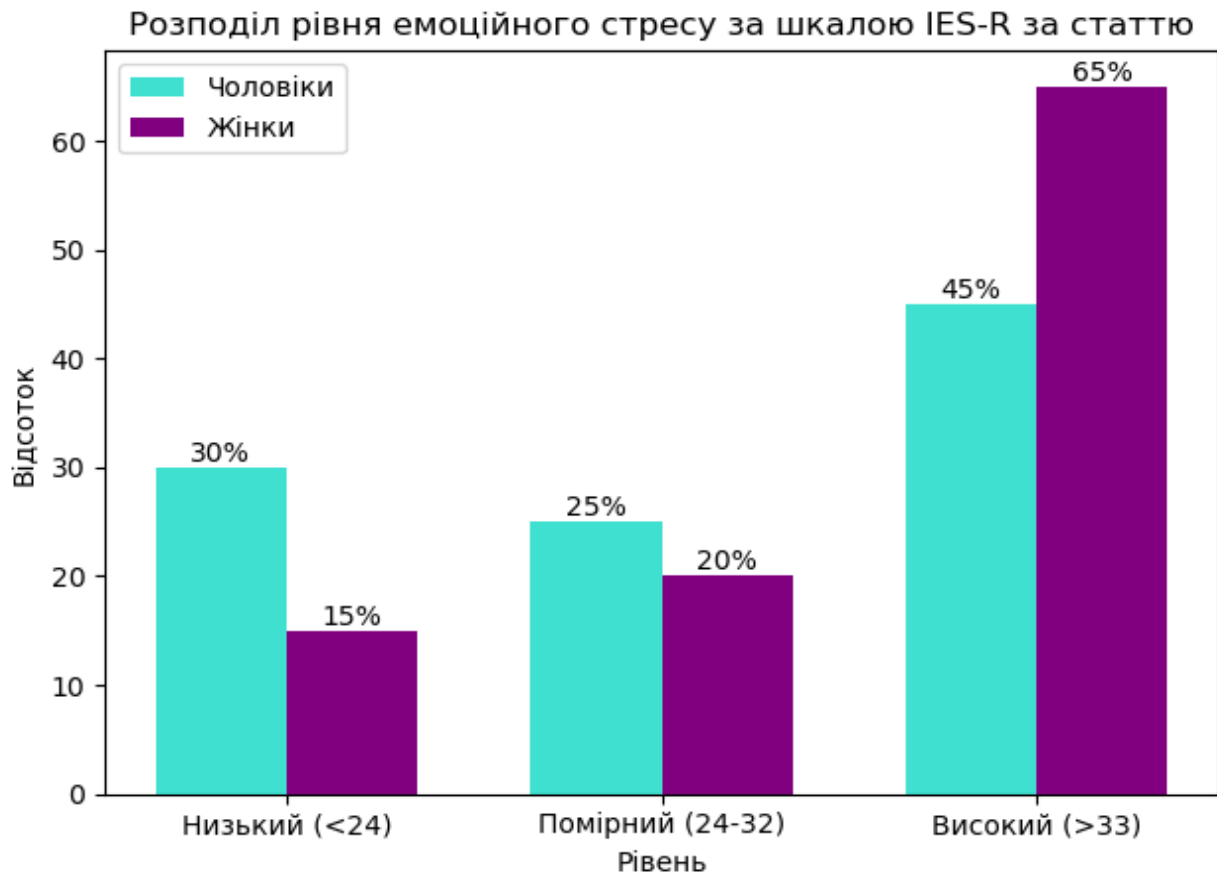


Рис 2.1. Рівень емоційного стресу (IES-R)

45% чоловіків мають високий рівень емоційного стресу, що потенційно пов'язано з травматичним впливом бойових подій. У жінок цей показник ще вищий — 65%, що підкреслює їхню більшу емоційну реактивність на стресори.

При цьому близько третини чоловіків і жінок мають помірний або низький рівень емоційного стресу, що вказує на варіабельність психологічних реакцій у вибірці.

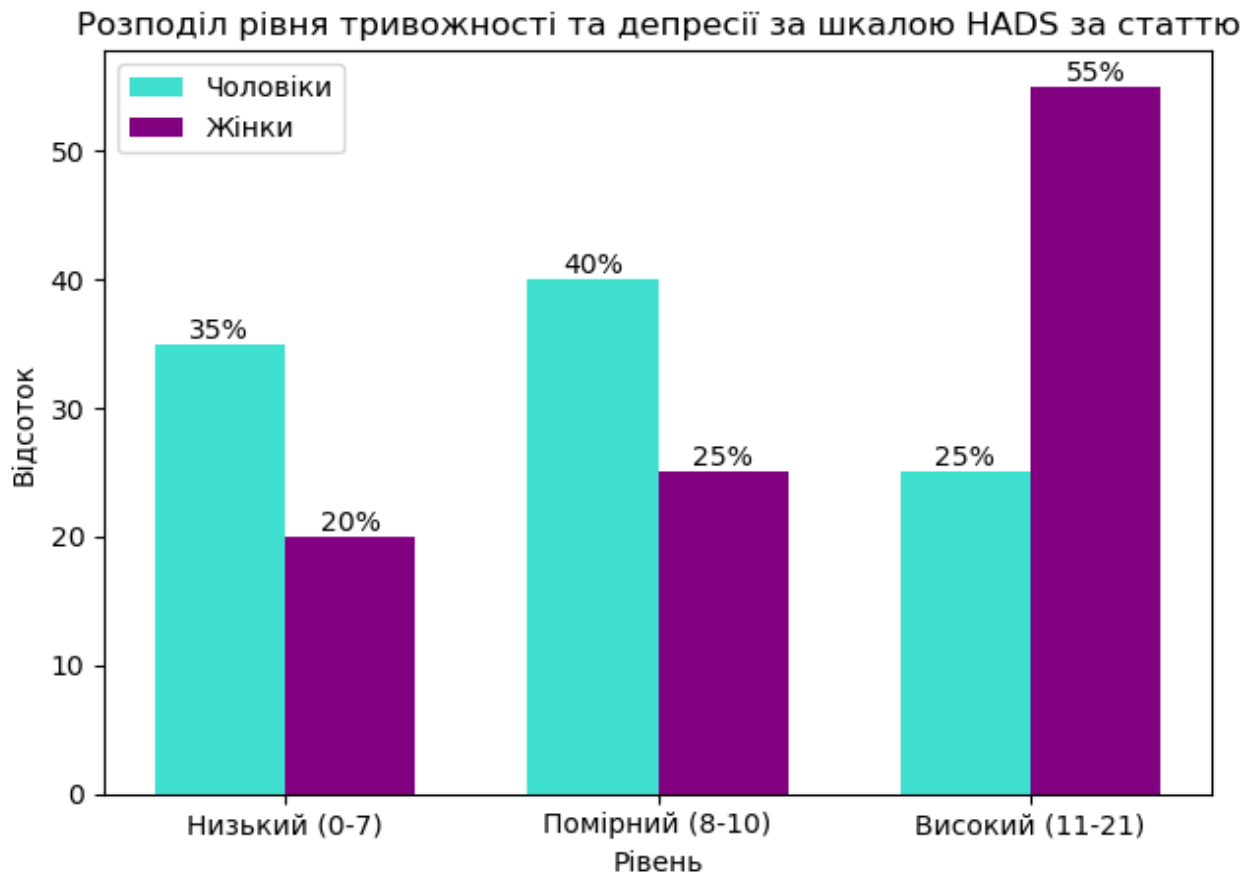


Рис 2.2. Рівень тривоги і депресії (HADS)

У чоловіків 35% мають нормальний рівень тривоги і депресії, що свідчить про відсутність значущих симптомів у третини вибірки. Проте більша частина (40%) демонструє помірний рівень тривожності, що є сигналом про потребу у профілактичних заходах. Високий рівень тривоги і депресії спостерігається у 25% чоловіків, що вказує на серйозні психологічні проблеми у чверті вибірки.

У жінок лише 20% мають нормальний рівень, тоді як більше половини (55%) відзначають високий рівень тривоги та депресії. Це свідчить про підвищену уразливість жінок до психологічного стресу в умовах бойових дій.

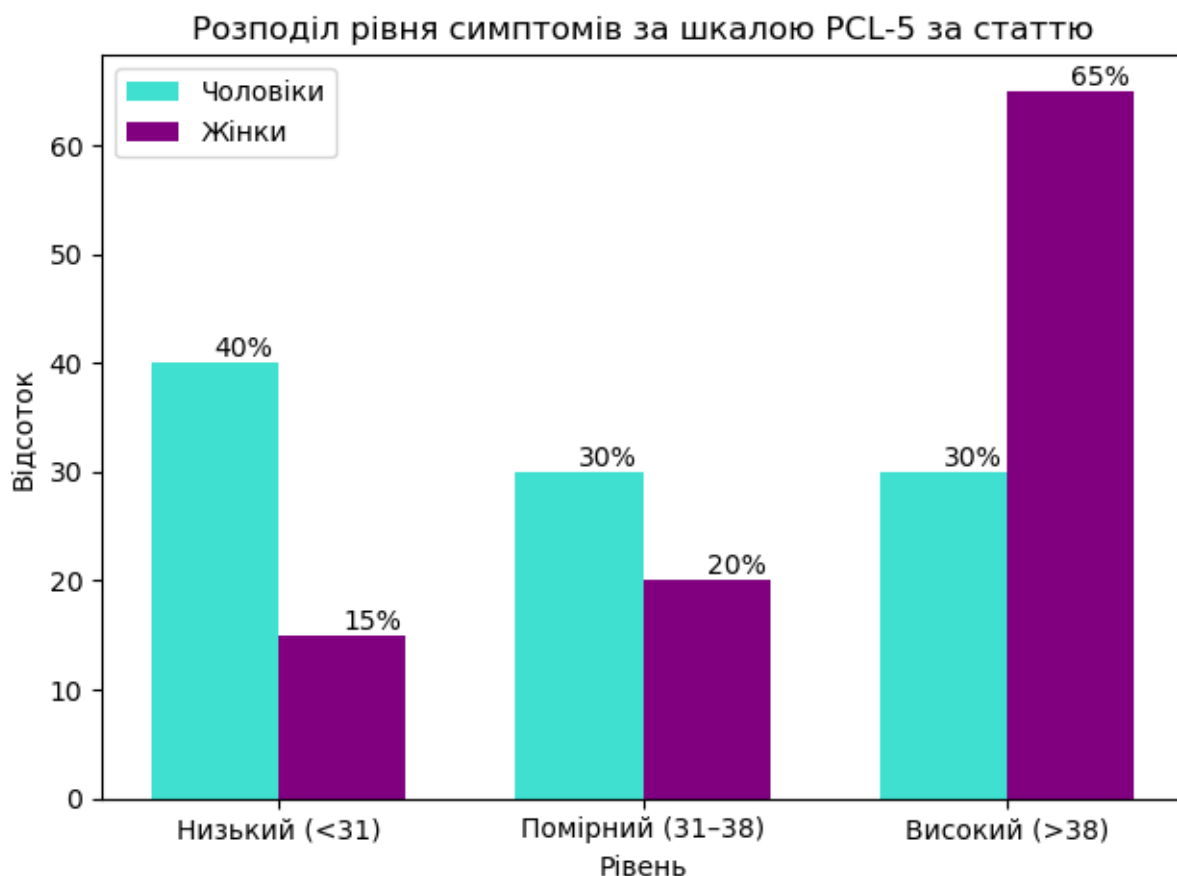


Рис 2.3. Рівень симптомів ПТСР (PCL-5)

30% чоловіків показали високий рівень симптомів ПТСР, що підтверджує наявність значної частини військових із серйозними психологічними проблемами. Помірний рівень ПТСР спостерігається у 30%, що разом означає, що 60% чоловіків можуть потребувати психологічної підтримки або лікування.

У жінок 65% мають високий рівень симптомів ПТСР, що відповідає тенденції більшої уразливості жінок до посттравматичних станів.

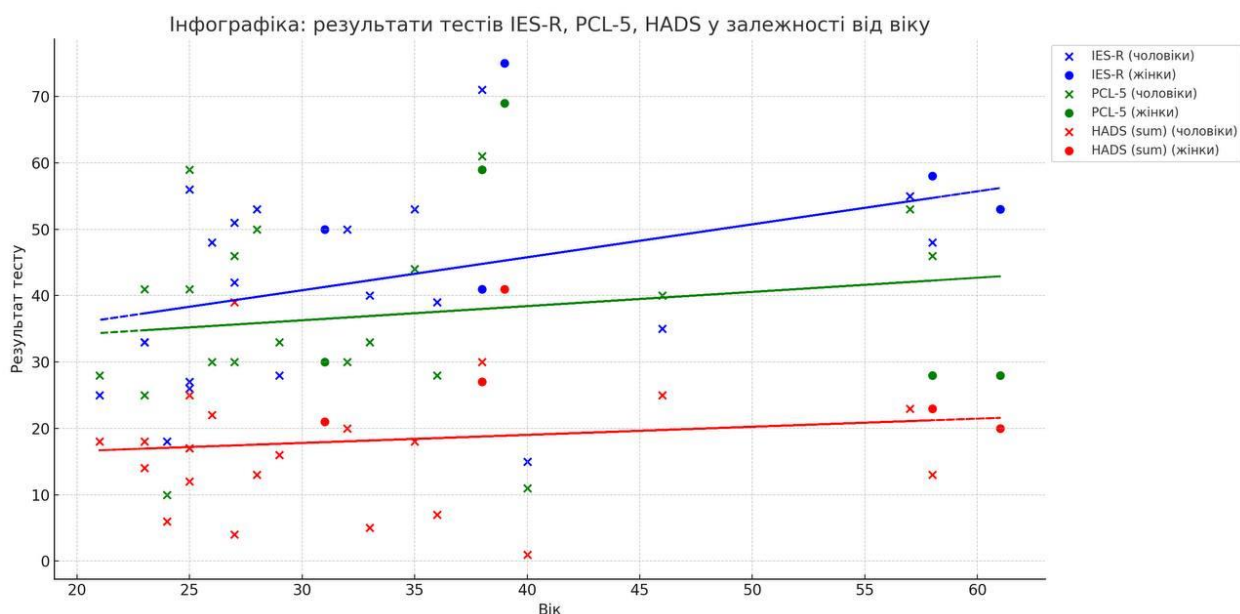


Рис 2.4. Інфографіка — IES-R, PCL-5 та HADS

Перший графік ілюструє індивідуальні результати трьох психодіагностичних методик — IES-R, PCL-5 та HADS — у розрізі вікових категорій. Кожна точка на графіку відповідає результату окремого респондента, а трендові лінії відображають загальні вікові тенденції.

Аналіз графіка свідчить про наявність вираженого зростання показників емоційного стресу, симптомів посттравматичного стресового розладу та тривожності/депресії у вікових групах 30–39 та особливо 50–59 років. Це може вказувати на накопичення психоемоційного навантаження в періоди активного професійного та соціального життя, а також у передпенсійному віці.

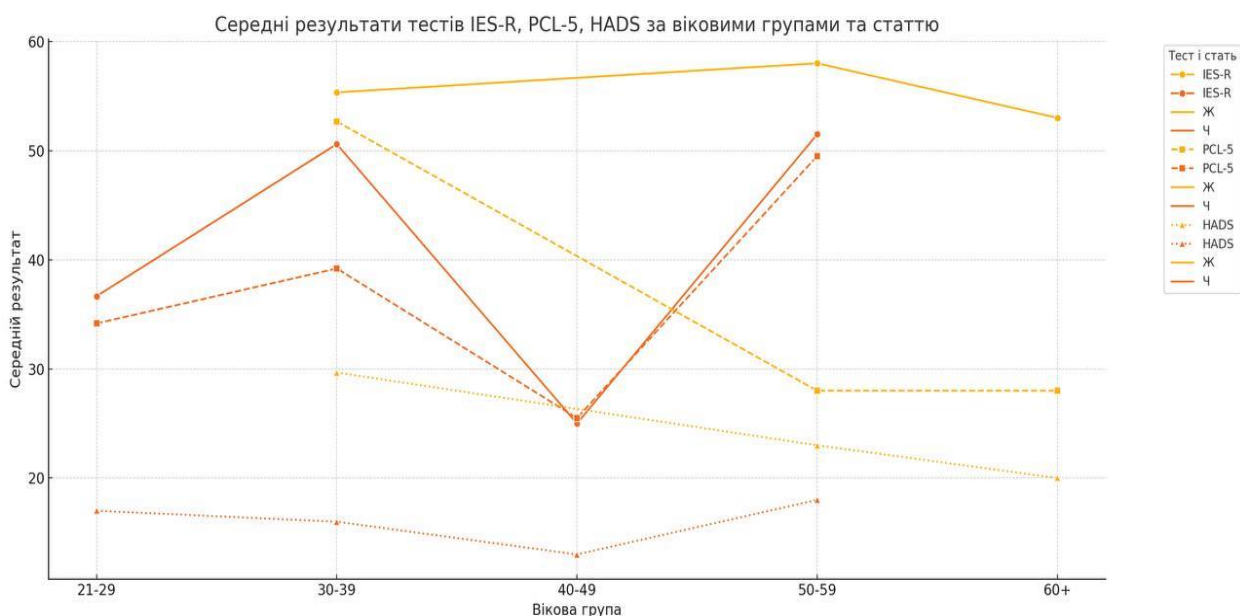


Рис 2.5. Інфографіка середні результати— IES-R, PCL-5 та HADS

Другий графік демонструє середні значення результатів тестування за шкалами IES-R, PCL-5 та HADS у трьох вікових групах (30–39, 40–49, 50–59 років), із розподілом за статтю.

Кольори ліній відповідають статі респондентів: одна серія ліній — для жінок, інша — для чоловіків.

Тип лінії (суцільна, пунктирна, точкова) позначає методику тестування:

Суцільна — IES-R (емоційний стрес),

Пунктирна — PCL-5 (симптоми ПТСР),

Точкова — HADS (тривожність і депресія).

Аналіз графіка свідчить, що жінки мають вищі середні показники у вікових групах 30–39 та 50–59 років за всіма трьома шкалами. У чоловіків спостерігається менш виражена динаміка, однак у віці 50–59 років також фіксується підвищення рівня емоційного напруження.

Рекомендації

1. **Організація цільових програм психологічної підтримки,** орієнтованих на жінок-військових, які мають найбільший рівень емоційного дистресу та ПТСР.
2. **Впровадження профілактичних заходів для чоловіків,** особливо для тих, хто перебуває у групах помірного рівня тривоги та стресу, щоб не допустити погіршення стану.
3. **Регулярний психологічний моніторинг** із застосуванням методик HADS, IES-R та PCL-5 для своєчасного виявлення груп ризику та надання підтримки.
4. **Індивідуалізація психологічної допомоги** з урахуванням гендерних особливостей і рівня симптомів.
5. **Поглиблене дослідження факторів,** які впливають на стійкість та вразливість до стресу, що дозволить розробити ефективніші програми реабілітації.

2.3 Програма психофізичної реабілітації військовослужбовців із травматичним досвідом

Загальна логіка програми:

- Комплексність: одночасне поєднання психологічної, фізичної, емоційної та соціальної реабілітації.
- Індивідуалізація: адаптація вправ і методик під індивідуальні потреби.
- Поетапність: поступове нарощування навантажень і розширення психологічних ресурсів.
- Формування стійкості: розвиток внутрішніх ресурсів для подолання стресу і підтримки життєвих сенсів.

Етап 1: Першочергова стабілізація (тривалість — 2-4 тижні)

Мета: Зниження гострої тривоги, стабілізація психоемоційного стану, нормалізація сну.

Завдання:

- Навчити базовим технікам регуляції стресу.
- Встановити режим дня, налагодити сон.
- Забезпечити психоемоційну підтримку.

Основні методи:

- Техніки дихання (дихання по діафрагмі, квадратне дихання).
- Практики заземлення (grounding techniques) для зниження панічних атак.
- Навчання простим вправам на усвідомленість (mindfulness).

Щоденні вправи (15–30 хв):

Вправа	Опис	Час виконання
Дихання 4-7-8	Вдих 4 с, затримка 7 с, видих 8 с, 5 повторень	5 хв, 2–3 рази на день
Прогресивна релаксація	Напруження і розслаблення м'язів (ноги, руки, шия, плечі, обличчя)	15 хв
Техніка заземлення «5-4-3-2-1»	Визначити 5 речей, які бачиш, 4 – чуєш, 3 – торкаєшся і т.д.	За потреби при тривозі

Рекомендації:

- Встановити сталий розпорядок сну: лягати та вставати в один і той самий час.
- Відмовитись від кофеїну, алкоголю.
- Щоденний контакт із психологом (консультація 2-3 рази на тиждень).
- Записувати у щоденник відчуття, сон, стресові ситуації.

Етап 2: Відновлення фізичної активності та емоційної регуляції (4-8 тижнів)

Мета: Поліпшення фізичного стану, розвиток навичок емоційної саморегуляції.

Завдання:

- Підвищення загальної витривалості.
- Розвиток емоційного інтелекту.
- Навчання стратегіям подолання стресу та виснаження.

Основні методи:

- Помірні фізичні вправи.
- Практики уважності та медитації.
- Вправи на розвиток усвідомлення емоцій і їх прийняття.

Розклад (4–5 разів на тиждень):
--

Вправа	Опис	Час
Аеробна активність	Ходьба швидким темпом або легкий біг	30–40 хв
Ведення щоденника емоцій	Записувати переживання, що викликають емоції	10 хв щоденно
Медитація уважності (mindfulness)	Фокус на диханні, відчуттях тіла	10–15 хв
Вправа «Сонце в серці»	Візуалізація тепла і світла в центрі грудей	5 хв

Додатково:

- Групові зустрічі 1 раз на тиждень — обговорення емоцій, підтримка.
- Почати поступове введення вправ на подолання емоційного виснаження: ведення журналу успіхів і ресурсів.

Етап 3: Формування внутрішньої стійкості та соціальної адаптації (8-12 тижнів)

Мета: Розвиток ресурсів стресостійкості, відновлення соціальних зв'язків, повернення до повсякденного життя.

Завдання:

- Підвищення здатності до саморегуляції у складних ситуаціях.
- Відновлення соціальної активності.
- Робота з травматичними спогадами у безпечному форматі.

Основні методи:

- Психотерапевтичні методики (когнітивно-поведінкова терапія, гештальт-терапія).
- Розвиток навичок вирішення конфліктів і комунікації.
- Соціальні тренінги.

Щотижневі заняття:

Вправа	Опис	Частота	Тривалість
Когнітивне реструктурування	Виявлення і зміна негативних думок	2 рази на тиждень	45 хв
Вправа «Безпечне опрацювання травми»	Під керівництвом психолога поступове опрацювання травматичних спогадів	1 раз на тиждень	60 хв
Тренінг комунікації	Рольові ігри для розвитку навичок	1 раз на тиждень	60 хв
Групова терапія	Обмін досвідом, підтримка, соціальна інтеграція	1 раз на тиждень	90 хв

Щоденні вправи:

Вправа	Опис	Час
Медитація	Усвідомлене спостереження за думками і емоціями	10-15 хв
Ведення щоденника думок	Запис та аналіз негативних і позитивних думок	10 хв

Додатково:

- Активне включення у соціальні та волонтерські проекти.
- Регулярні консультації з коучем або психологом для підтримки мотивації.

Етап 4: Підтримка та профілактика рецидивів (тривалість — довготривала, 6 місяців і більше)

Мета: Закріплення досягнутих результатів, профілактика ПТСР, формування життєвих сенсів.

Завдання:

- Навчити самостійно застосовувати набуті навички.
- Створення системи підтримки.
- Пошук і реалізація нових життєвих цілей.

Основні методи:

- Самостійні практики уважності і релаксації.

- Коучингові сесії для постановки цілей.
- Соціальна інтеграція (волонтерство, робота, хобі).

Вправи:

- Щоденна медитація та практика усвідомленості:**
 - 10-20 хвилин на день.
- Ведення щоденника досягнень і планів:**
 - Фокусування на позитивних змінах.
- Вправи на формування сенсу життя:**
 - Метод «П'ять чому»: розбирати мотиви та цілі, що спонукають діяти.
- Фізична активність:**
 - Підтримка оптимального рівня фізичного здоров'я (біг, йога, плавання).

Приклади щоденника емоцій і думок (для ведення):

Дата	Подія/Ситуація	Емоція (назва)	Інтенсивність (1-10)	Моя реакція	Що можу зробити?
01.06.2025	Конфлікт з колегою	Злість	7	Підвищив голос	Зробити паузу і дихати глибоко

Розклад занять психолога (орієнтовний)

День тижня	Заняття
Понеділок	Індивідуальна консультація (45 хв)
Середа	Групова терапія (90 хв)
П'ятниця	Тренінг комунікації (60 хв)

Пояснення послідовності:

- На початковому етапі відновлення важливо стабілізувати базові життєві функції — сон, емоції, базові навички саморегуляції.
- Далі додаємо помірну фізичну активність і розвиваємо емоційну компетентність, щоб допомогти усвідомити свої переживання.
- На третьому етапі в центрі уваги — робота з травматичними спогадами, повернення до соціуму, розвиток комунікації та стресостійкості.
- Останній етап — довготривала підтримка та формування життєвих сенсів, щоб уникнути рецидивів ПТСР і підтримати психічне здоров'я.

Висновок до Розділу 2

Розділ 2 присвячений емпіричному дослідженню психоемоційного стану військовослужбовців, зокрема оцінці рівня емоційного стресу, тривоги, депресії та симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) за допомогою валідованих психодіагностичних методик — IES-R, HADS та PCL-5. Отримані результати дозволяють зробити низку важливих висновків, що мають суттєве практичне значення для організації психологічної підтримки та реабілітації військових.

Перш за все, виявлено значущі гендерні відмінності у психоемоційному реагуванні на бойовий досвід. Жінки, які проходять службу в бойових умовах, демонструють вищі рівні емоційного стресу, тривоги, депресії та симптомів ПТСР порівняно з чоловіками. Зокрема, 65% жінок мають високий рівень емоційного стресу, а 55% — високий рівень тривоги та депресії, тоді як у чоловіків відповідні показники становлять 45% та 25%. Це свідчить про більшу емоційну вразливість жінок у контексті бойових травм, що зумовлює необхідність розробки цілеспрямованих і диференційованих програм психологічної підтримки, орієнтованих на гендерні особливості. Врахування цих відмінностей є ключовим для підвищення ефективності втручань і забезпечення адекватної допомоги.

По-друге, результати демонструють поширеність різних рівнів психоемоційних розладів у військових обох статей. При цьому понад половина учасників дослідження мають середній або високий рівень симптомів ПТСР та емоційного стресу, що свідчить про гостру потребу у психологічній допомозі та реабілітації. Зокрема, 60% чоловіків і 65% жінок мають помірний або високий рівень симптомів ПТСР, що свідчить про значне психологічне навантаження, спричинене бойовими подіями. Виявлена варіабельність реакцій у межах вибірки підкреслює неоднорідність психологічного стану військових, що зумовлює необхідність індивідуалізації психокорекційних програм, зокрема врахування особистісних характеристик, рівня соціальної підтримки, професійного досвіду та попередньої психологічної підготовки.

Аналіз вікових тенденцій, представлений у графічному матеріалі, вказує на збільшення рівня емоційного стресу, тривоги, депресії та симптомів ПТСР у вікових групах 30–39 та 50–59 років. Це може бути пов'язано з накопиченням психоемоційного навантаження в активний період професійної діяльності, а також із кризовими періодами життєвого циклу, такими як середній вік і передпенсійний період. Зростання рівня стресових симптомів у старших вікових категоріях вказує на необхідність посилення психологічної підтримки саме у ці періоди, а також на актуальність проведення регулярного психологічного моніторингу з метою своєчасного виявлення груп ризику.

Додатково, відмінності в динаміці симптоматики між чоловіками та жінками за віком акцентують увагу на тому, що жінки виявляють більш виражені психоемоційні реакції у вікових групах 30–39 та 50–59 років. Для чоловіків, хоча динаміка менш різка, спостерігається підвищення рівня стресу у старшій віковій категорії. Ці дані вказують на необхідність врахування вікових і гендерних факторів у плануванні профілактичних та реабілітаційних заходів.

Враховуючи отримані дані, розроблено практичні рекомендації, які спрямовані на оптимізацію психологічної підтримки військовослужбовців. Зокрема, наголошено на важливості створення спеціалізованих програм, орієнтованих на жінок, які демонструють найбільший рівень емоційного дистресу і симптомів ПТСР. Для чоловіків рекомендовано впровадження профілактичних заходів, особливо для тих, хто має помірний рівень тривоги і стресу, з метою недопущення загострення психологічних проблем. Важливим є регулярний психологічний моніторинг за допомогою методик IES-R, PCL-5 та HADS, що дозволить своєчасно виявляти осіб із підвищеним ризиком і надавати їм необхідну підтримку.

Також підкреслено значення індивідуалізації психологічної допомоги з урахуванням рівня симптомів та гендерних особливостей, що забезпечить більш точне й ефективне втручання. Необхідність подальших досліджень

факторів стійкості та вразливості до стресу дозволить розробити більш адаптовані й результативні програми психологічної реабілітації військових.

Отже, результати емпіричного дослідження підкреслюють складність та багатогранність психоемоційних реакцій військовослужбовців на бойовий стрес, а також визначають пріоритетні напрямки для подальшої науково-практичної роботи в галузі психологічної підтримки та реабілітації. Виявлення ключових закономірностей і чинників, що впливають на психологічний стан військових, сприяє формуванню ефективних інтервенцій, здатних покращити якість життя ветеранів і їхню соціальну адаптацію після служби

Загальний висновок

Дослідження психологічних аспектів реабілітації військовослужбовців із травматичним досвідом підтвердило актуальність комплексного, системного підходу, що враховує індивідуальні особливості, гендерні відмінності та багатогранність впливу травматичних подій на психіку людини. Аналіз проведених досліджень свідчить, що жінки-військові значно частіше проявляють високий рівень емоційного дистресу та симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), що вимагає розробки цільових програм психологічної підтримки, спеціально адаптованих для них. Чоловіки, які перебувають у групах помірного рівня тривоги та стресу, також потребують своєчасних профілактичних заходів, аби не допустити погіршення їхнього психологічного стану.

Регулярний психологічний моніторинг із використанням надійних методик, таких як HADS, IES-R та PCL-5, дозволяє своєчасно виявляти осіб із високим ризиком розвитку хронічних психологічних розладів і оперативно надавати їм підтримку. Індивідуалізація допомоги з урахуванням гендерних особливостей та рівня вираженості симптомів сприяє підвищенню ефективності реабілітації.

Розроблена програма психофізичної реабілітації військовослужбовців передбачає поетапний підхід, що охоплює чотири основні етапи: первинну стабілізацію, відновлення фізичної активності й емоційної регуляції, формування внутрішньої стійкості та соціальної адаптації, а також довготривалу підтримку й профілактику рецидивів. Ключовими компонентами програми є розвиток внутрішніх ресурсів, формування навичок саморегуляції, відновлення соціальних зв'язків і активна участь у житті громади.

Впровадження практик уважності, когнітивно-поведінкових методик, фізичних вправ, а також соціальних тренінгів і коучингових сесій забезпечує цілісне відновлення психічного, фізичного та соціального здоров'я військовослужбовців. Цей підхід не лише зменшує прояви ПТСР, тривоги та

депресії, але й сприяє формуванню життєвих сенсів і цілей, що є важливими для успішної адаптації та реінтеграції в суспільство.

Перспективи подальших досліджень полягають у поглибленому вивченні факторів, які визначають стійкість і вразливість до стресу, що дозволить удосконалити індивідуальні реабілітаційні програми та підвищити їхню ефективність. Особлива увага має бути приділена міждисциплінарній співпраці фахівців різного профілю, підвищенню кваліфікації психологів і реабілітологів, а також розбудові системи постійної підтримки ветеранів у державі.

В умовах тривалого військового конфлікту та соціальних викликів, комплексна психологічна реабілітація військовослужбовців виступає не лише як механізм подолання травми, а й як фундамент для стабілізації і розвитку суспільства. Створення національних стандартів реабілітації, адаптованих до національних і культурних особливостей, є пріоритетом для забезпечення сталого психологічного здоров'я і соціального благополуччя військових і їхніх родин.

Отже, системна, науково обґрунтована та індивідуалізована психофізична реабілітація є ключовим чинником у відновленні не лише особистісного потенціалу кожного військовослужбовця, а й у зміцненні національної безпеки та соціальної стабільності в цілому.

Список використаних джерел:

1. Яковенко С. І., Куліков В. І. Психологічна допомога військовослужбовцям з ПТСР: теорія і практика. – Київ: Університет «Україна», 2020. – 144 с.
2. Гончаренко Т. М. Психологічна реабілітація ветеранів АТО/ООС: сучасні підходи // Практична психологія та соціальна робота. – 2021. – № 4. – С. 18–23.
3. Гончаренко Т. М. Система психологічної допомоги учасникам бойових дій: міжнародний досвід та українські реалії // Психологія і суспільство. – 2022. – № 1. – С. 34–40.
4. Яковенко С. І. Психологічне забезпечення військової діяльності. – Київ: НАВС, 2019. – 212 с.
5. Гуревич К. М., Шевченко А. П. Військова психологія: навчальний посібник. – Львів: ЛДУВС, 2021. – 176 с.
6. Міністерство оборони України. Інструкція з організації психологічної роботи у Збройних Силах України. – Київ, 2023. – 42 с.
7. Бессел ван дер Колк. Тіло пам'ятає все: мозок, розум і тіло в подоланні травми. – Київ: Наш Формат, 2020. – 448 с.
8. Кабаченко М. І. Психогігієна та психопрофілактика: навч. посіб. – Київ: Центр учбової літератури, 2009. – 288 с.
9. Рубінштейн С. Л. Основи загальної психології. – Київ: Радянська школа, 1946. – 680 с.
10. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. – Клуб Сімейного Дозвілля, 2021.
11. Ялом І. Проблема Спінози. – Київ: Книголав, 2020.
12. Брассінгтон М. Як справлятися зі стресом. – Київ: Vivat, 2020.
13. Метьюз А. Зціли себе сам: як пережити кризу та віднайти рівновагу. – Київ: Наш Формат, 2022.
14. Національна психологічна асоціація України. Рекомендації щодо психологічної підтримки під час кризових ситуацій. – 2023.

15. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). Mental health: strengthening our response [Електронний ресурс]. – WHO, 2022. – Режим доступу: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
16. Без броні. Платформа для ветеранів та їхніх близьких [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://bezbroni.net>
17. Без броні. Ветеранські практики світу: Ізраїль, США, Велика Британія [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://bezbroni.net>
18. НаУКМА, кафедра психології. Наукові дослідження у сфері психічного здоров'я військових та ветеранів [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.ukma.edu.ua>
19. Медичний портал «Здоров'я України». Як фізична активність впливає на стресостійкість [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://health-ua.com>
20. Психологічний портал «Психологія для життя». Харчування та емоційне здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://psyforlife.com.ua>
21. Національна служба здоров'я України. Здоровий сон: поради та рекомендації [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://nszu.gov.ua>
22. Головне управління розвідки Міністерства оборони України. Психологічна підтримка військових. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://gur.gov.ua>
23. Кабаченко М. І. Психогігієна та психопрофілактика: навч. посіб. – К.: Центр учбової літератури, 2009. – 288 с.
24. Кюблер-Росс Е. Про смерть і вмирання. – Львів: Свічадо, 2006. – 272 с.
25. Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Scale available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov, 2013.

26. National Center for PTSD. Understanding PTSD and PTSD Treatment [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.ptsd.va.gov>
27. U.S. Department of Veterans Affairs. PTSD: National Center for PTSD [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.ptsd.va.gov>
28. Combat Stress (UK). Mental health services for veterans [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://combatstress.org.uk>
29. Ministry of Defense of Israel. Rehabilitation Department – Psychological Services [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.mod.gov.il>
30. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
31. World Health Organization. Mental health and psychosocial well-being in conflict-affected populations [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.who.int>
32. Всесвітня організація охорони здоров'я. Фізична активність [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.who.int>
33. American Psychological Association. (2022). Building your resilience. Retrieved from <https://www.apa.org/topics/resilience>
34. American Psychological Association. The Connection Between Physical and Mental Health. <https://www.apa.org>
35. Harvard Medical School. The Importance of Sleep and Sleep Hygiene. <https://www.health.harvard.edu>
36. Mayo Clinic. Stress Management: Enhance Your Well-being by Reducing Stress. <https://www.mayoclinic.org>
37. NHS (National Health Service, UK). How Diet Affects Mental Health. <https://www.nhs.uk>
38. HelpGuide.org. Nutrition for Mental Health. <https://www.helpguide.org>
39. Ballantyne J. Self-Care for the Mental Health Practitioner: A Guide to Wellness and Preventing Burnout. – Routledge, 2021. – 220 p.

40. Duhigg, Charles. *The Power of Habit: Why We Do What We Do in Life and Business*. – New York: Random House, 2012.
41. Clear, James. *Atomic Habits: An Easy & Proven Way to Build Good Habits & Break Bad Ones*. – New York: Avery, 2018.
42. Frankl, Viktor E. *Man's Search for Meaning*. – Boston: Beacon Press, 2006.
43. Seligman, Martin E. P. *Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-being*. – New York: Free Press, 2011.
44. Neff, Kristin. *Self-Compassion: The Proven Power of Being Kind to Yourself*. – New York: William Morrow, 2011.
45. Brown, Brené. *The Gifts of Imperfection*. – Center City: Hazelden, 2010.
46. Ryan, Richard M., & Deci, Edward L. *Self-Determination Theory: Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Wellness*. – New York: Guilford Press, 2017.
47. Siegel, Daniel J. *Mindsight: The New Science of Personal Transformation*. – New York: Bantam Books, 2010.
48. Levine, P. *Waking the Tiger: Healing Trauma*. – North Atlantic Books, 1997. – 274 p.
49. Maslach, C., Jackson, S.E., Leiter, M.P. *Maslach Burnout Inventory Manual*. – 3rd ed. – Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1996.
50. McGonigal, K. *The Upside of Stress: Why Stress Is Good for You, and How to Get Good at It*. – Avery, 2015. – 304 p.
51. Siegel, D. J. *The Mindful Brain: Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being*. – New York: W.W. Norton & Company, 2007. – 387 p.
52. Jon Kabat-Zinn. *Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life*. – New York: Hyperion, 1994. – 278 p.
53. Goleman, D. *Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ*. – New York: Bantam Books, 1995. – 352 p.

