МЕЛІТОПОЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ БОГДАНА ХМЕЛЬНИЦЬКОГО
Факультет фізичної культури, спорту та психології
Кафедра психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття ступеня вищої освіти «Магістр»
на тему: **«Особливості надання реабілітаційної допомоги військовим з ПТСР»**

Виконала: здобувачка вищої освіти
групи пс242м
Спеціальність: 053 Психологія
ОП Психологія. Практична психологія
Міхєєва Анна Олексіївна

Керівник: канд. психол. наук,
доцент кафедри психології
Шевченко Світлана Віталіївна

Рецензент: психолог-методист КЗ
«Опорний заклад освіти
Малоданилівський ліцей»
Харківської області
Пономаренко О.М.

Запоріжжя – 2025 року

Міхєєва А.О.

Особливості надання реабілітаційної допомоги військовим з ПТСР

АНОТАЦІЯ

У цій роботі висвітлено актуальність проблематики реабілітації та соціальної інтеграції військовослужбовців, які мають симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР), в умовах сучасної України. Зазначено, що внаслідок тривалого збройного конфлікту понад третина ветеранів демонструє клінічно значущі прояви ПТСР. Це свідчить про серйозну кризу в сфері психічного здоров'я та формує нагальну потребу у створенні цілісної системи допомоги ветеранам.

Зроблено акцент на відсталості української системи реабілітації в порівнянні з країнами НАТО, зокрема США й Ізраїлем, яка характеризується недостатнім фінансуванням, обмеженим доступом до послуг та низьким охопленням. У роботі детально розглянуто сучасні методи реабілітації, як-от терапія віртуальної реальності (VRET), нейрофідбек, транскраніальна магнітна стимуляція та анімалотерапія, що довели свою високу ефективність у лікуванні ПТСР.

Емпіричне дослідження, проведене на базі відділення реабілітації КНП «9-та міська клінічна лікарня», включало вибірку з 38 військовослужбовців. Використовувалися психодіагностичні методики, такі як Trauma Screening Questionnaire і PCL-5 (повна та коротка версії). Результати показали високий рівень психотравматизації: у 34,2% респондентів виявлено клінічно значущі ознаки ПТСР, тоді як 36,8% мали помірну симптоматику. Загалом це становить 71% від загальної вибірки.

На основі аналізу міжнародного досвіду та результатів здійсненого дослідження запропоновано концепцію модернізації національної системи реабілітації. Вона включає трирівневу систему допомоги, передбачає створення Єдиного реєстру ветеранів, упровадження національних стандартів лікування ПТСР, розвиток мережі реабілітаційних центрів і збільшення обсягів

фінансування. Окрему увагу приділено впровадженню інноваційних методик лікування, а також забезпеченню соціальної реінтеграції через професійну підтримку, програми для сімей і формування інклюзивного суспільного простору.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, ветерани, реабілітація, соціальна реінтеграція, психодіагностика, віртуальна реальність, нейрофідбек, система психічного здоров’я.

Mikhieieva A.O.

Features of Rehabilitation Care for Military Personnel with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)

ABSTRACT

This thesis underscores the critical need for the rehabilitation and social reintegration of military personnel in Ukraine experiencing symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). Given the ongoing armed conflict, over one-third of combat veterans exhibit clinically significant signs of PTSD, highlighting a broader crisis within the mental health care system and emphasizing the importance of a comprehensive support strategy for veterans.

It is noted that Ukraine's rehabilitation system significantly trails behind NATO countries such as the United States and Israel in terms of funding, accessibility, and coverage. The study examines modern, innovative approaches to rehabilitation, including Virtual Reality Exposure Therapy (VRET), neurofeedback, Transcranial Magnetic Stimulation (TMS), and animal-assisted therapy—all of which have shown high effectiveness in addressing PTSD.

An empirical study was conducted at the rehabilitation department of the Municipal Non-Profit Enterprise "9th City Clinical Hospital" involving 38 servicemen. A wide range of psychodiagnostic tools was used, including the Trauma Screening Questionnaire and both full and short versions of PCL-5. The findings revealed alarming levels of psychological trauma, with 34.2% of respondents displaying clinically significant PTSD symptoms and 36.8% reporting moderate symptoms. Altogether, 71% of participants demonstrated varying levels of PTSD-related issues.

Drawing from international best practices and original research findings, a conceptual framework to enhance Ukraine's rehabilitation system has been proposed. This includes a three-tiered assistance model focused on the establishment of a Unified Veteran Registry, the development of national treatment standards for PTSD, expansions to the network of rehabilitation centers, and higher financial investment in veteran services. Practical recommendations center on integrating cutting-edge

rehabilitation techniques while promoting social reintegration through professional guidance, family-focused support programs, and fostering an inclusive community environment.

Keywords: PTSD, veterans, rehabilitation, social reintegration, psychodiagnostics, virtual reality, neurofeedback, mental health care system.

РЕФЕРАТ

до кваліфікаційної роботи на тему

«Особливості надання реабілітаційної допомоги військовим з ПТСР»

здобувачки вищої освіти спеціальності 053 Психологія

Міхєєвої Анни Олексіївни

Науковий керівник: канд. психол. наук, доцент кафедри психології Шевченко С.В.

Об'єкт – посттравматичний стресовий розлад у військових.

Предмет – особливості надання реабілітаційної допомоги військовим з ПТСР.

Мета дослідження полягає у є теоретичне та експериментальне дослідження особливостей надання реабілітаційної допомоги військовим із ПТСР.

Завдання дослідження:

1. Теоретично проаналізувати наукову літературу з проблеми ПТСР та надання реабілітаційної допомоги військовим з ПТСР.
2. Експериментально дослідити прояви ПТСР у військових.
3. Проаналізувати систему реабілітаційної допомоги військовим з ПТСР.

Методи дослідження: Для розв'язання поставлених завдань, було використано ряд психодіагностичних методик:

- *теоретичні методи:* аналіз і узагальнення наукової літератури з теми дослідження, системно-структурний аналіз, порівняльний аналіз, а також систематизація й узагальнення даних;
- *емпіричні методи:* спостереження, тестування та психодіагностичне обстеження;
- *інтерпретаційні методи:* кількісний та якісний аналіз, статистична обробка даних і тлумачення отриманих результатів.

Для вирішення завдань, пов’язаних із вивченням особливостей реадаптації військовослужбовців із симптомами ПТСР, застосовано комплекс сучасних психодіагностичних методик:

1) Скорочена версія шкали PCL-5 (4 питання), розроблена Везерсом Ф.В. та співавторами [53];

2) Травматичний скринінг-опитувальник (Trauma Screening Questionnaire, TSQ) Брюїна К.Р. із колегами [4];

3) Повна версія шкали PCL-5 (20 питань), розроблена Везерсом Ф.В. та співавторами [53].

Теоретичне значення дослідження полягає в систематизації наукових підходів до розуміння проявів ПТСР у військовослужбовців, аналізі існуючих моделей реабілітації та визначенні ключових факторів, що впливають на її успішність. Особливий інтерес становить порівняльний аналіз міжнародного досвіду реабілітації ветеранів у країнах НАТО та систематизація новітніх інноваційних практик у цій сфері.

Практичне значення роботи полягає в можливості використання здобутих результатів для вдосконалення державних і громадських програм психосоціальної підтримки ветеранів, складання рекомендацій для фахівців із роботи над подоланням посттравматичних розладів, а також для покращення якості реабілітаційних послуг, що надаються учасникам бойових дій. Запропонована трирівнева модель системи реабілітації та конкретні пропозиції щодо створення Єдиного реєстру ветеранів можуть бути впроваджені у практичну діяльність реабілітаційних центрів.

Загальний зміст. Висвітлено сутність посттравматичного стресового розладу як психологічного феномена, проаналізовано основні підходи до його вивчення, класифікацію симптомів, етіологічні фактори виникнення, а також психофізіологічні механізми його розвитку. Значну увагу приділено аналізу змін у когнітивній, емоційній та поведінковій сферах військовослужбовців, які пережили бойові дії. Показано, що хронічний стрес призводить до порушення

адаптаційних процесів, емоційного виснаження, соціальної ізоляції та деструкції особистісної ідентичності.

Другий розділ присвячено емпіричному дослідженню особливостей проявів ПТСР серед військових, які проходять реабілітацію. У ньому детально описано організацію дослідження, вибірку (38 військовослужбовців), використані психодіагностичні методики, критерії оцінки результатів та етапи дослідження. Встановлено, що понад 70% обстежених демонструють симптоми ПТСР середнього або високого рівня. Найчастіше спостерігаються емоційна виснаженість, порушення сну, тривожність, апатія, депресивні прояви та труднощі соціальної адаптації. Визначено, що ефективність відновлення залежить від наявності психологічних ресурсів, підтримки родини та залучення до групових форм терапії.

У третьому розділі розглянуто досвід країн НАТО (зокрема США, Канади, Великої Британії) у сфері реабілітації ветеранів, який характеризується інтегрованим підходом, наявністю системи реєстрів, психосоціальних програм і центрів підтримки. На основі цього досвіду розроблено пропозиції щодо вдосконалення української системи допомоги ветеранам: створення єдиного координаційного центру, підготовки спеціалізованих фахівців, запровадження мультидисциплінарних команд і розширення мережі реабілітаційних установ. Окрему увагу приділено питанню соціальної реінтеграції ветеранів, яка включає перекваліфікацію, підтримку бізнес-ініціатив, психоедукаційні заходи для родин і розвиток інклюзивного середовища.

За результатами дослідження сформовані такі висновки:

1. Посттравматичний стресовий розлад визначено як комплексний психофізіологічний стан, що має багатофакторну природу та формується внаслідок взаємодії передтравматичних факторів (таких як генетичні схильності чи раніше перенесені травми), особливостей травматичної ситуації (тип, тривалість, інтенсивність) та середовища після травми (наявність соціальної підтримки). Його системний характер підтверджується значними та стійкими змінами мозку, включаючи гіперактивність мигдалини, зменшення активності

префронтальної кори й об’єму гіпокампа, а також порушення функцій ендокринної та імунної систем. Для ефективного діагностування та лікування потрібен інтегрований підхід.

2. Проведене емпіричне дослідження на базі реабілітаційного відділення серед військовослужбовців засвідчило високий рівень поширення симптомів ПТСР. Виявлено, що 34,2% респондентів мають клінічно значущі ознаки розладу, тоді як 36,8% демонструють помірну симптоматику. Таким чином, понад 70% опитаних військових виявляють потребу у спеціалізованій психологічній підтримці. Результати показали ефективність скринінгових методів (TSQ та короткої версії PCL-5), що можуть бути впроваджені у первинну медико-психологічну оцінку для раннього втручання.

3. Успішна реабілітація військових, які переживають ПТСР, залежить від застосування доказових психотерапевтичних методів (когнітивна обробка, тривала експозиційна терапія, EMDR-терапія), поєднаних із фармакологічною підтримкою. Додатково до цього пропонуються інноваційні підходи: терапія віртуальною реальністю, нейротехнології, анімалотерапія та тілесно-орієнтовані практики. Аналіз міжнародного досвіду (США, Ізраїль) свідчить про ефективність багаторівневої інтегрованої системи реабілітації, побудованої на державному фінансуванні, мережі профільних центрів, ранній діагностиці та активній долученості громадських організацій.

4. Соціальна реінтеграція ветеранів є ключовою складовою успішного відновлення та повинна охоплювати професійні, психологічні, сімейні й суспільні аспекти. Для цього необхідно запровадити програми перекваліфікації, підтримку бізнес-ініціатив, квотування робочих місць, сімейну терапію і заходи для боротьби зі стигмою у суспільстві. Інклюзивне середовище, де ветерани сприймаються як цінна частина соціуму, а не об’єкт опіки, сприятиме їх переходу від військової ролі до ролі активних громадян.

Структура та обсяг роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, загальних висновків, додатків, списку використаних джерел із 56 найменувань.

Основний зміст роботи викладено на 66 сторінках комп’ютерного набору. Робота містить 5 таблиць, 3 рисунки. Повний обсяг роботи становить 6 сторінок.

Рік виконання: 2025 рік.

Місце виконання: Мелітопольський державний педагогічний університет імені Богдана Хмельницького.

ЗМІСТ

ВСТУП……..…….. 3

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВИМ З ПТСР..... 7

1.1. Поняття ПТСР: сутність, симптоматика, причини виникнення…… 7

1.2. Психологічні та фізіологічні наслідки ПТСР…..……. 17

1.3. Сучасні підходи до реабілітації військових з ПТСР…… 21

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ РЕАДАПТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ІЗ СИМПТОМАТИКОЮ ПТСР…… 26

2.1. Методологія дослідження…..……... 26

2.2. Аналіз і інтерпретація результатів дослідження……. 31

РОЗДІЛ 3. СИСТЕМА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ВЕТЕРАНАМ З ПТСР……..... 38

3.1. Опис інноваційних методів реабілітації..……..... 38

3.2. Досвід країн НАТО та можливості його адаптації в Україні..……... 46

3.3. Соціальна реінтеграція ветеранів…….. 51

ВИСНОВКИ…….. 63

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ……..... 67

ДОДАТКИ……..... 73

ВСТУП

Актуальність теми зумовлена суттєвим збільшенням кількості військовослужбовців, які зазнають психічних травм внаслідок бойових дій, зокрема, стійких стресових розладів, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Сучасні війни, з їхньою тривалістю та інтенсивністю, створюють вкрай важкі умови для психічного здоров’я учасників бойових дій, що вимагає розробки дієвих механізмів реабілітаційної допомоги. В Україні, де тисячі військових щоденно зіштовхуються з наслідками війни, питання їхньої психологічної та соціальної реінтеграції постає як одне з ключових завдань державної політики у сфері охорони здоров'я та соціального захисту.

Сучасні військові конфлікти, особливо повномасштабна російська агресія проти України, спричиняють не лише фізичні поранення, а й глибокі психічні травми, які потребують тривалого та комплексного відновлення. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) серед військовослужбовців стає масштабною медико-соціальною проблемою, що впливає як на якість життя самих ветеранів, так і на стабільність суспільства в цілому.

Досвід світових країн, що стикалися з тривалими збройними конфліктами, свідчить про те, що ефективна реабілітація військових з ПТСР можлива лише за умови поєднання психотерапевтичних, медичних та соціальних методів. Разом з тим, в Україні ця система знаходиться на етапі становлення, що зумовлює потребу в аналізі наявних реабілітаційних практик, виявленні їхніх слабких сторін та пошуку шляхів удосконалення.

Водночас, наявні системи реабілітації часто не враховують усю специфіку ПТСР, що призводить до недостатньої ефективності допомоги та ускладнює процес відновлення ветеранів. У зв’язку з цим, вивчення особливостей надання реабілітаційної допомоги військовим з ПТСР, аналіз сучасних підходів до їхнього психологічного супроводу, медичної та соціальної підтримки, є надзвичайно важливим як з теоретичного, так і з практичного погляду.

Проблематика посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та реабілітації ветеранів широко досліджується як у світовій, так і в українській академічній спільноті. На міжнародному рівні це питання розглядали такі видатні дослідники, як Бессел ван дер Колк, Джон Б. Везерс, Крісьєн Р. Брюїн, Меттью Фрідман, Патрісія Фоа, Рейчел Єхуда, Марк Стенкамп та інші. В Україні дану тему вивчали Ірина Пінчук, Валерій Коляденко, Ігор Марценковський, Юрій Сіренко, Анатолій Чуприков, Олена Марченко, Василь Шпорт та багато інших.

Дослідження феномену ПТСР у західній науці має тривалу історію, що бере початок із вивчення так званого "контузійного шоку" під час Першої світової війни. Надалі цей напрямок зазнав значного наукового вдосконалення завдяки міждисциплінарним підходам. Внесок Бессела ван дер Колка полягав у висвітленні нейробіологічних аспектів травматичних переживань, тоді як Джон Б. Везерс і Крісьєн Р. Брюїн розробили важливі діагностичні інструменти, зокрема шкалу PCL-5 та опитувальник TSQ. Патрісія Фоа стала засновницею експозиційної терапії як ефективного методу лікування ПТСР. Останні дослідження під керівництвом Рейчел Єхуди зосереджуються на епігенетичному механізмі передачі травматичного досвіду, а Марк Стенкамп здійснює спеціалізовані дослідження з проблематики ПТСР серед військовослужбовців.

В Україні питання посттравматичного стресового розладу набуло особливого значення у зв’язку з військовими подіями останніх років. Значний внесок у вивчення клініки, діагностики та лікування ПТСР у учасників бойових дій зробила Ірина Пінчук разом із колегами. Ігор Марценковський, Юрій Сіренко та Анатолій Чуприков активно розвивали вітчизняну психіатрію та психологію травми. Василь Шпорт аналізував сучасні міждисциплінарні підходи до реабілітації ветеранів. Окреме місце займають роботи науковців Інституту неврології, психіатрії та наркології НАМН України, які спрямовані на розробку методичних рекомендацій для діагностики та лікування ПТСР в умовах воєнного стану.

Особливістю українських досліджень є їхній практично орієнтований характер, спрямований на адаптацію наукових підходів до умов національного контексту. Ці дослідження приділяють увагу специфічним особливостям перебігу ПТСР серед учасників бойових дій, пропонують адаптовані реабілітаційні програми та формують рекомендації щодо вдосконалення системи медичної й психологічної допомоги ветеранам АТО/ООС і учасникам повномасштабної війни.

Об'єктом дослідження є постравматичний стресовий розлад у військових.

Предметом дослідження є особливості надання реабілітаційної допомоги військовим з ПТСР.

Метою роботи є теоретичне та експериментальне дослідження особливостей надання реабілітаційної допомоги військовим із ПТСР.

Відповідно до поставленої мети були визначені такі **завдання дослідження:**

1. Теоретично проаналізувати наукову літературу з проблеми ПТСР та надання реабілітаційної допомоги військовим з ПТСР.
2. Експериментально дослідити прояви ПТСР у військових.
3. Проаналізувати систему реабілітаційної допомоги військовим з ПТСР.

Методи дослідження. У цій роботі для досягнення визначених цілей і забезпечення об'єктивності дослідження використовувалися наступні методи:

- *теоретичні методи:* аналіз і узагальнення наукової літератури з теми дослідження, системно-структурний аналіз, порівняльний аналіз, а також систематизація й узагальнення даних.

- *емпіричні методи:* спостереження, тестування та психодіагностичне обстеження.

- *інтерпретаційні методи:* кількісний та якісний аналіз, статистична обробка даних і тлумачення отриманих результатів.

Для вирішення завдань, пов’язаних із вивченням особливостей реадаптації військовослужбовців із симптомами ПТСР, застосовано комплекс сучасних психодіагностичних методик:

1. Скорочена версія шкали PCL-5 (4 питання), розроблена Везерсом Ф.В. та співавторами [53];
2. Травматичний скринінг-опитувальник (Trauma Screening Questionnaire, TSQ) Брюїна К.Р. із колегами [4];
3. Повна версія шкали PCL-5 (20 питань), розроблена Везерсом Ф.В. та співавторами [53].

Експериментальна база дослідження включала відділення реабілітації КНП «9-та міська клінічна лікарня» м. Києва. Дослідження охоплювало 38 респондентів чоловічої статі у віці від 25 до 50 років, які проходили курс реабілітації після участі в бойових діях.

Теоретичне значення дослідження полягає в систематизації наукових підходів до розуміння проявів ПТСР у військовослужбовців, аналізі існуючих моделей реабілітації та визначенні ключових факторів, що впливають на її успішність. Особливий інтерес становить порівняльний аналіз міжнародного досвіду реабілітації ветеранів у країнах НАТО та систематизація новітніх інноваційних практик у цій сфері.

Практичне значення роботи полягає в можливості використання здобутих результатів для вдосконалення державних і громадських програм психосоціальної підтримки ветеранів, складання рекомендацій для фахівців із роботи над подоланням посттравматичних розладів, а також для покращення якості реабілітаційних послуг, що надаються учасникам бойових дій. Запропонована трирівнева модель системи реабілітації та конкретні пропозиції щодо створення Єдиного реєстру ветеранів можуть бути впроваджені у практичну діяльність реабілітаційних центрів.

Структура та обсяг роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, загальних висновків, додатків, списку використаних джерел (56). Загальний обсяг роботи становить 86 сторінок.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВИМ З ПТСР

1.1. Поняття ПТСР: сутність, симптоматика, причини виникнення

В умовах сьогодення українське суспільство переживає глибокі соціальні, політичні та культурні трансформації, спричинені тривалим воєнним конфліктом. Бойові дії на території України стимулювали зростання інтересу наукової спільноти до вивчення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) — складного психічного феномена, що пов'язаний із наслідками воєнних травм. Повномасштабне вторгнення Росії створило нагальну потребу у розробленні системних підходів до діагностики, профілактики та лікування ПТСР як серед військовослужбовців, так і серед цивільних громадян.

Посттравматичний стресовий розлад (далі – ПТСР) – це один із найактуальніших і водночас найскладніших для дослідження психічних станів сучасної психології. Він виникає внаслідок безпосереднього переживання або спостереження подій катастрофічного характеру, що становлять небезпеку для життя чи фізичного добробуту людини. Цей розлад суттєво впливає на емоційний стан, поведінкові реакції та когнітивні процеси, тому його своєчасна діагностика й лікування є критично важливими у практиці психічного здоров'я.

ПТСР часто поєднується з іншими психічними розладами — депресією, тривожними станами, соматичними порушеннями, що ускладнює клінічну картину. Попри значну кількість досліджень, природа, клінічні прояви та ефективні методи терапії цього стану залишаються предметом активних наукових дискусій.

Через свою складну структуру та взаємозв'язок із іншими психічними порушеннями ПТСР потребує особливої уваги з боку фахівців. У наукових колах триває дискусія щодо його походження, критеріїв діагностики та специфіки

терапевтичних підходів. З огляду на це, важливо узагальнити найбільш поширені визначення поняття ПТСР, представлені у світовій психологічній літературі.

Згідно з п’ятим виданням «Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів» (DSM-5), ПТСР — це психічний розлад, який може виникати після того, як людина пережила, стала свідком або безпосередньо зіткнулася з однією чи кількома травматичними подіями [28].

J. Herman у праці «Травма та відновлення» пропонує ширше тлумачення, за яким ПТСР — це стан, що охоплює не лише реакцію на гостру травму, а й наслідки тривалого, повторного або систематичного насильства, зокрема домашнього чи воєнного [40].

B. van der Kolk у книзі «Тіло виставляє рахунок» наголошує, що ПТСР — це не лише психологічний, а й фізіологічний стан, при якому тіло реагує на пережиту травму за принципом “замороження” у межах реакції «бий або тікай» [54].

Фахівці National Institute of Mental Health (NIMH) визначають, що ПТСР — це розлад, який розвивається у відповідь на шокуючу або небезпечну подію, викликаючи у постраждалих страх, напади паніки, повторні спогади про травму, дратівливість та соціальне відчуження [47].

У Міжнародній класифікації хвороб (ICD-11) вказано, що ПТСР — це стан, який характеризується повторним переживанням травматичних подій, уникненням спогадів про них і стійким відчуттям напруження чи загрози [55].

C. A. Courtois у своїх дослідженнях підкреслює, що ПТСР — це також комплексний розлад, який формується внаслідок тривалого або екстремального насильства чи психологічного тиску [37].

J. Shay розглядає ПТСР як наслідок моральної травми, властивої військовим ветеранам, що пережили зраду або втрату довіри до своїх командирів і побратимів [51].

На думку D. Kinchin, ПТСР — це надмірна реакція психіки на події, які перевищують межі звичного людського досвіду, причому важливою частиною

лікування є психологічний дебрифінг — процес опрацювання пережитої травми [44].

Усі наведені визначення демонструють багатогранність поняття ПТСР і підкреслюють, що цей розлад може проявлятися на психологічному, соматичному та соціальному рівнях. Вони також засвідчують, що ПТСР — це не лише реакція на окрему подію, а комплексна адаптаційна відповідь організму на глибоку травматизацію.

ПТСР посідає особливе місце серед діагнозів у сфері психіатрії, оскільки є одним із найобговорюваніших розладів. Основні суперечки стосуються визначення меж подій, що можна вважати травматичними, а також способів їхнього впливу на психіку. Дискусії точаться і щодо підходів до профілактики, лікування та соціальної підтримки осіб із цим діагнозом. Водночас за останні десятиліття наука досягла значного прогресу у розумінні природи ПТСР, його механізмів і наслідків.

Як у класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), так і Американської психіатричної асоціації (APA), ПТСР — це розлад, для якого характерні три основні групи симптомів: повторне переживання травматичного досвіду, уникнення стимулів, пов'язаних із травмою, та підвищена збудженість. Вони відзначають, що межові стресові події здатні спричиняти глибокі зміни у сприйнятті, емоціях і поведінці людини, які можуть зберігатися роками чи навіть протягом життя. Серед типових проявів ПТСР — нав'язливі спогади про травму, уникнення людей, місць або ситуацій, пов'язаних із подією, негативні когнітивні зміни, депресивні стани та гіпервигільність [28].

У структурі розладу виділяють чотири ключові кластери симптомів:

- переживання травми — нав'язливі спогади, нічні жахи, флешбеки;
- уникнення — відмова від контактів, думок або місць, що нагадують про травму;
- негативні зміни у мисленні й емоціях — почуття провини, песимізм, втрата інтересу до звичних занять;

- зміни у поведінці та реактивності — підвищена тривожність, труднощі зі сном, надмірна дратівливість, проблеми з концентрацією уваги [56].

Сучасні українські дослідники, зокрема Галич М. Ю. та Литвин В. В., зазначають, що ПТСР — це не лише розлад емоційної сфери, а комплексний феномен, що впливає на особистісне функціонування людини. Особи, які пережили травму, часто демонструють дисоціацію, емоційну відчуженість, труднощі у міжособистісних стосунках, а також проблеми з самоприйняттям та регуляцією емоцій. Такі зміни свідчать про глибоку дестабілізацію внутрішнього психічного балансу [7].

До подій, що можуть призвести до розвитку ПТСР, належать одноразові або повторювані травматичні ситуації:

- серйозні автомобільні аварії;
- фізичне чи сексуальне насильство;
- домашнє або дитяче жорстоке поводження;
- професійні травми, пов’язані з роботою у небезпечних умовах;
- критичні медичні стани, зокрема ускладнення під час пологів або втрата дитини;
- участь у бойових діях;
- катування та інші форми насильства [7].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) посідає особливе місце в сучасній психології та психіатрії, оскільки становить одну з найбільш актуальних проблем як у теоретичному, так і в практичному аспекті. Вітчизняні науковці активно досліджують його природу, структурні компоненти, клінічні прояви та можливості ефективної терапії.

Так, А. А. Шиліна підкреслює, що ПТСР — це психологічна реакція організму на травматичні події, які викликають сильний страх, жах чи відчуття безпорадності, залишаючи глибокий слід у психічній діяльності людини [26].

На думку Н. В. Бондаренко та В. П. Галицького, ПТСР — це стан, що може виникати внаслідок переживання екстремальних подій, зокрема війни, насильства, стихійних лих чи тяжких нещасних випадків. Вчені наголошують, що прояви ПТСР залежать від індивідуальної сприйнятливості людини, її попереднього досвіду та рівня психологічної стійкості [3].

О. М. Кравченко та В. І. Василенко розглядають структуру ПТСР як багатовимірну систему, що включає чотири основні групи симптомів:

- повторне переживання травматичної ситуації;
- уникнення всього, що може нагадувати про неї;
- негативні зміни у когнітивній та емоційній сферах;
- посилену реактивність або підвищену настороженість (арузальність) [11].

Арузальність у цьому контексті розуміється як психофізіологічний стан надмірної готовності організму до дії у відповідь на потенційні загрози. Вона проявляється у вигляді підвищеної тривожності, дратівливості, проблем зі сном, спалахів гніву та постійного внутрішнього напруження.

Подібні симптоми часто поєднуються з нав’язливими спогадами або нічними кошмарами. Уникнення може мати як свідомий, так і несвідомий характер і часто обмежує повсякденне життя людини. Негативні зміни у мисленні та настрої виявляються у почутті провини, емоційному спустошенні, депресивних тенденціях, втраті інтересу до діяльності, що раніше приносила задоволення.

Гіпервигільність — це стан постійної пильності, коли людина надмірно реагує на зовнішні стимули (звуки, рухи, обличчя), сприймаючи їх як потенційну небезпеку. Для осіб із ПТСР характерне відчуття постійного очікування загрози, що пов’язане з глибоким закріпленням травматичного досвіду в підсвідомості [11].

В українській психолого-психіатричній літературі, зокрема у працях В. А. Стрепєтової, підкреслюється багатоманітність клінічних ознак ПТСР. До них

належать порушення сну, втрата інтересу до звичних занять, емоційна відчуженість, надмірна дратівливість, агресивні спалахи, стійке відчуття страху та труднощі з концентрацією уваги [21].

Окрему увагу дослідниця приділяє явищу іритабельності, під яким розуміється стан підвищеної роздратованості. У людей з ПТСР цей стан проявляється як зниження емоційного контролю, нетерпимість до подразників і схильність до конфліктів. Іритабельність часто є наслідком перевтоми, тривалої напруги або порушення режиму сну і значно ускладнює соціальні взаємини [21].

В. Цихоня звертає увагу на те, що деякі пацієнти мають труднощі з усвідомленням природи власних симптомів або не пов’язують їх із травматичними подіями, які стали першопричиною розладу [23].

Сучасні українські науковці приділяють значну увагу адаптації ефективних психотерапевтичних підходів до лікування ПТСР. Н. А. Гончаренко та М. І. Іванов вивчають можливості таких методів, як когнітивно-поведінкова терапія, групова терапія, експозиційна терапія та EMDR (десенсибілізація та переробка за допомогою рухів очей) [8].

На думку Я. І. Савченко, ПТСР — це стан, терапія якого повинна бути індивідуалізованою, тобто враховувати історію травми, специфіку симптомів, особистісні особливості та культурний контекст пацієнта [19].

На підставі узагальнення досліджень різних авторів можна сформулювати інтегроване визначення: ПТСР — це психологічний стан, що виникає після переживання або спостереження однієї чи кількох травматичних подій, який характеризується повторними спогадами про травму, уникненням нагадувань про неї, підвищеною тривожністю, порушеннями сну, емоційною нестабільністю та відчуженістю від соціального оточення.

У деяких випадках ПТСР може бути наслідком тривалих або повторюваних травм, зокрема домашнього насильства, воєнних злочинів чи моральної зради з боку близьких людей. Частина дослідників розглядає ПТСР як психофізіологічний стан, у якому тіло фіксує реакцію “замороження” у межах механізму «бий або тікай». Інші підкреслюють роль психологічного дебрифінгу

— спеціальної терапевтичної техніки, спрямованої на усвідомлення та переробку травматичного досвіду.

Таким чином, ПТСР — це багатовимірний і комплексний розлад, який потребує діагностики та лікування з урахуванням цілого спектра чинників — особистісних, соціальних, культурних, біологічних і навіть духовних.

Дослідження феномена ПТСР проводяться як в Україні, так і за кордоном. При порівнянні наукових підходів можна виокремити як спільні, так і відмінні риси.

До спільних характеристик належать:

1. Розуміння ПТСР як серйозного психічного розладу, що виникає після екстремальної події. Учені різних країн погоджуються з тим, що основними симптомами ПТСР є повторне переживання травми, уникнення нагадувань, негативні когнітивні зміни та підвищена збудливість [80].

2. Підходи до лікування: міжнародні дослідники визнають ефективність когнітивно-поведінкової терапії, EMDR, групових методів і медикаментозного втручання [39].

Водночас науковці виділяють і відмінні риси.

1. Культурно-соціальний контекст: українські дослідники наголошують, що розуміння та прояви ПТСР значною мірою зумовлені історичними, культурними та політичними чинниками, зокрема досвідом воєн і соціальних потрясінь [16].

2. Індивідуалізація терапії: вітчизняні фахівці підкреслюють, що лікування має враховувати культурні особливості, систему цінностей і рівень соціальної підтримки кожного пацієнта [22].

Психологічні особливості ПТСР активно досліджуються і в межах Американського психологічного товариства, де зосереджено увагу на глибшому аналізі факторів, які впливають на розвиток і динаміку цього розладу. Протягом останніх десятиліть проведено значну кількість емпіричних досліджень, спрямованих на виявлення закономірностей формування ПТСР серед різних

груп населення, зокрема серед ветеранів війни, жертв насильства та осіб, що пережили масові катастрофи.

Одним із помітних досліджень, присвячених вивченню посттравматичного стресового розладу (ПТСР), є робота P. A. Resick та співавторів. У ній аналізувався взаємозв'язок між пережитою травмою та розвитком ПТСР серед ветеранів, які брали участь у військових операціях в Афганістані та Іраку. Результати показали, що психологічні чинники, зокрема інтенсивність страху під час травматичних подій, недостатня соціальна підтримка та негативні когнітивні переконання, істотно впливають на тяжкість проявів ПТСР у ветеранів [49].

Інше ґрунтовне дослідження здійснила група під керівництвом N. Breslau, яка зосередила увагу на особливостях переживання ПТСР серед цивільних жертв насильства. Вчені встановили, що пережите насильство в дитинстві, наявність емоційних або особистісних розладів, а також індивідуальні риси характеру відіграють ключову роль у розвитку посттравматичного синдрому. Отримані дані доводять, що індивідуальні психологічні чинники взаємодіють із травматичним досвідом, формуючи унікальні патерни реагування на стрес і впливаючи на інтенсивність симптомів [31].

Цінним внеском у вивчення цього феномена є метааналіз Y. E. Jung та колег, спрямований на виявлення головних психологічних предикторів розвитку та підтримання ПТСР серед цивільного населення. Дослідники встановили, що негативні когнітивні переконання, занижена самооцінка та дефіцит соціальної підтримки істотно підвищують ризик формування ПТСР. Крім того, результати підтвердили важливість емоційної регуляції та психологічного благополуччя як захисних факторів, які сприяють профілактиці та подоланню наслідків травматичних подій [43].

Узагальнення результатів, отриманих у межах Американського психологічного товариства, демонструє, що провідними психологічними детермінантами розвитку ПТСР є інтенсивність емоцій страху під час травми, ступінь соціальної підтримки, характер когнітивних установок та індивідуальні

особистісні риси. Саме поєднання цих чинників визначає тяжкість та динаміку симптомів посттравматичного розладу.

Водночас дослідження ПТСР не обмежуються американським контекстом і активно проводяться в країнах Європи. Європейські вчені приділяють увагу соціальним, культурним та когнітивним аспектам цього розладу, розглядаючи їх у контексті різних груп населення.

Так, у Нідерландах A. Elklit та F. Petermann досліджували вплив когнітивних і соціальних факторів на схильність до розвитку ПТСР. Вони дійшли висновку, що негативні уявлення про себе та світ, обмежені соціальні зв'язки й низька якість міжособистісної взаємодії є суттєвими предикторами виникнення та хронізації цього розладу [38].

Інше масштабне дослідження, проведене у Норвегії, було присвячене аналізу ПТСР серед жінок, які зазнали сексуального насильства. I. J. Brevik та його команда довели, що тяжкість самої травми та наявність соціальної підтримки є ключовими чинниками, що визначають рівень прояву ПТСР. Автори підкреслюють значення допомоги та підтримки з боку близьких у процесі реабілітації жінок після травматичного досвіду [32].

У Швеції O. Corneliusson та співавтори зосередили увагу на психосоціальних аспектах розвитку ПТСР серед осіб, які зазнали військових або цивільних травм. Результати засвідчили, що нестача соціальної підтримки, негативні когнітивні переконання та знижена якість життя є вирішальними факторами ризику, які підвищують імовірність виникнення та тривалості симптомів ПТСР. Дослідники наголосили, що зміцнення соціальних зв'язків і покращення якості життя є необхідними умовами для ефективної психологічної реабілітації [36].

Отже, аналіз європейських досліджень підтверджує, що соціальна підтримка, інтенсивність травматичного досвіду, когнітивні переконання та якість життя є ключовими змінними, які визначають ймовірність виникнення ПТСР і ступінь його проявів. Усвідомлення цих закономірностей сприяє

розробці більш точних методів діагностики, лікування та психологічного супроводу постраждалих.

Особливої уваги заслуговує український підхід до осмислення сутності ПТСР, який має власну культурну специфіку. Україна, як держава з багатонаціональним і багатоконфесійним складом населення, демонструє унікальний контекст впливу історичних подій, духовних традицій та соціальних відносин на формування психічних реакцій після травми.

Так, у дослідженнях О. М. Кравченко та В. І. Василенко підкреслюється, що в українських пацієнтів спостерігаються «трансцендентні» прояви ПТСР, пов’язані з духовними та релігійними переконаннями, які виступають своєрідними захисними механізмами і водночас маркерами культурної ідентичності [11].

В. А. Стрепєтова у своїх працях наголошує на потребі індивідуального підходу до терапії, оскільки кожен пацієнт має унікальну історію травми, власні цінності та психологічні особливості. У практиці українських психологів активно використовуються інтерактивні методи, діалогова терапія та підходи, спрямовані на розвиток саморефлексії, що підвищує ефективність лікування [21].

Подібну позицію займає Я. І. Савченко, яка підкреслює, що терапевтична стратегія повинна бути культурно чутливою і адаптованою до індивідуального життєвого досвіду пацієнта [19].

У свою чергу, Н. В. Павлик досліджує особливості комунікації та сприйняття ПТСР у сучасному українському суспільстві, звертаючи увагу на труднощі у вираженні емоцій та усвідомленні власного психологічного стану. Вона зазначає, що в українській культурі певні аспекти ПТСР можуть сприйматися як соціально неприйнятні або не підлягають відкритому обговоренню, що ускладнює процес терапії [18].

Важливим чинником формування національного контексту дослідження ПТСР є військові події останніх років. Збройний конфлікт на сході України з 2014 року, а також повномасштабна війна 2022 року суттєво вплинули на

психоемоційний стан населення. Н. Пророк підкреслює, що війна стала головним каталізатором розвитку ПТСР серед військових і цивільних осіб, що вимагає створення цілісної системи психотерапевтичної допомоги та реабілітації [17].

Узагальнюючи підходи американських, європейських та українських науковців, можна стверджувати, що основні симптоми ПТСР — повторне переживання травми, уникнення нагадувань і підвищена тривожність (гіпервигільність) — є універсальними для всіх культурних контекстів. Водночас, специфіка соціально-культурного середовища зумовлює відмінності у формах прояву та терапевтичних підходах.

Загальна тенденція сучасних досліджень полягає у прагненні поглибити розуміння ПТСР та вдосконалити методи його діагностики й лікування. Широке використання метааналізів і системних підходів сприяє розробці науково обґрунтованих психотерапевтичних стратегій.

Таким чином, результати американських, європейських і українських досліджень підтверджують універсальний характер основних симптомів ПТСР, водночас наголошуючи на важливості урахування культурного контексту та соціальних особливостей у процесі психологічної допомоги постраждалим від травматичних подій.

1.2. Психологічні та фізіологічні наслідки ПТСР

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є однією з найпоширеніших і водночас найнебезпечніших психологічних наслідків участі у бойових діях. Саме цей розлад часто стає причиною тривалих психічних і фізичних порушень у військовослужбовців, які пережили стресові або небезпечні для життя ситуації. ПТСР формує глибокі й стійкі зміни у психічному стані людини, які можуть супроводжувати її протягом усього життя після завершення військової служби.

Варто підкреслити, що відсутність зовнішніх ушкоджень не означає відсутності травм. Невидимі емоційні рани, отримані внаслідок бойового

досвіду, мають не менш руйнівний ефект, ніж фізичні каліцтва. Вони впливають на внутрішній світ людини, порушують її соціальну інтеграцію, ускладнюють спілкування з родиною, друзями та суспільством загалом [1; 6].

Серед найбільш поширених наслідків ПТСР виділяють психічні розлади, депресивні стани, зловживання алкоголем і наркотичними речовинами, а також соціальні проблеми — безробіття, безпритульність, криміналізацію поведінки та соціальну ізоляцію. Ці чинники створюють замкнене коло, що ускладнює адаптацію ветеранів до мирного життя та перешкоджає їх соціальній реінтеграції.

Як зазначають Грем Дж., Легаррета М., Норт Л., ДіМузіо Дж., МакГлейд Е. та Юргелун-Тодд Д., ветерани, які зазнали бойової травми, часто демонструють емоційну відстороненість, що веде до поступового відчуження від соціального оточення та зниження якості міжособистісних контактів [1; 6].

Згідно з результатами численних досліджень, поширеність ПТСР серед військових коливається від 14% до 30%, що свідчить про значну поширеність цього явища. Для порівняння, серед учасників операцій Enduring Freedom та Iraqi Freedom рівень ПТСР становить приблизно 23%, що вважається високим показником. Довготривалий характер цього розладу підтверджується прикладами ветеранів В’єтнамської війни, у яких навіть через кілька десятиліть зберігаються симптоми депресії, тривожності та емоційної нестабільності.

Такі люди роками потребують комплексної медичної та психотерапевтичної допомоги, адже ПТСР має хронічний перебіг і часто ускладнюється вторинними психічними порушеннями [1; 6].

Особливу небезпеку становить вплив ПТСР на бойову готовність та психологічну стійкість військовослужбовців. Порушення концентрації, емоційної регуляції, зниження стресостійкості та здатності до прийняття рішень можуть суттєво знижувати ефективність у виконанні службових завдань. Таким чином, ПТСР є не лише медико-психологічною, але й стратегічною проблемою, оскільки безпосередньо впливає на обороноздатність держави. Це зумовлює потребу у створенні системних програм психологічної реабілітації,

спрямованих на відновлення психоемоційного балансу, соціальну адаптацію та підтримку психічного здоров’я військовослужбовців.

У соціально-поведінковому вимірі наслідки ПТСР часто виявляються у девіантних моделях поведінки. До них належать агресивність, імпульсивність, схильність до зловживання психоактивними речовинами, байдужість до соціальних норм і правил. Ці прояви є результатом порушення механізмів емоційної регуляції, що призводить до зниження самоконтролю, втрати толерантності до стресу та схильності до конфліктів. Внаслідок цього порушується міжособистісна взаємодія, професійна діяльність і якість життя людини, що підкреслює потребу в комплексній діагностиці та тривалій психотерапевтичній підтримці [6].

У психологічній літературі ПТСР часто аналізується як форма дезадаптаційного стану, який охоплює емоційні, поведінкові, когнітивні та соціальні аспекти. Зокрема, бойові травми мають поліфункціональний характер, впливаючи не лише на психіку, а й на фізичний та ментальний стан військових. Під час перебування у зоні бойових дій формується порушення відчуття безпеки, дисбаланс регуляторних систем організму, зниження адаптивного потенціалу, що згодом виявляється у стійких порушеннях емоційного стану.

Психологічні наслідки бойових дій найчастіше проявляються у формі депресії, тривожності та агресії. Кожен із цих станів має свої механізми формування та по-різному впливає на здатність до соціального функціонування.

Депресивні прояви серед ветеранів характеризуються апатією, втратою інтересу до життя, почуттям безнадії, емоційною спустошеністю. Людина може постійно повертатися у спогадах до подій, пов’язаних із втратою побратимів або пережитим насильством, що посилює її психічну вразливість. Унаслідок цього знижується працездатність, погіршуються стосунки з близькими, а якість життя істотно падає.

Тривожність є ще одним частим проявом ПТСР. Вона формується як наслідок постійного відчуття загрози, яке зберігається навіть після повернення з бойових дій. Військовослужбовці нерідко відчувають хронічне занепокоєння,

підвищену пильність, розлади сну, надмірну реактивність на звуки або рухи. Такі симптоми ускладнюють соціальну адаптацію, викликають панічні стани та знижують здатність до емоційного відновлення.

Агресивність у ветеранів часто виступає як залишкова реакція бойової поведінки. У мирному житті вона втрачає адаптивну функцію й трансформується у конфліктність, роздратування та спалахи гніву. У деяких випадках агресія стає психологічним механізмом захисту — способом зняти внутрішню напругу або страх. Проте без корекційної допомоги такі реакції призводять до руйнування соціальних зв'язків і загострення психоемоційного стану.

До фізіологічних наслідків ПТСР належать психосоматичні розлади та хронічний біль. Психосоматичні стани виникають тоді, коли емоційне напруження чи депресія проявляються у вигляді фізичних симптомів — головного болю, серцево-судинних порушень, розладів травлення тощо. Хронічний біль може бути як результатом реальних травм, так і наслідком психологічного стресу. Він погіршує сон, підсилює депресивні прояви і формує замкнене коло між фізичним і психічним стражданням.

Тривалі соматичні симптоми нерідко посилюють психічні порушення, створюючи ситуацію, коли емоційний біль і фізичні страждання взаємно підсилюють одне одного, що вимагає мультидисциплінарного підходу до лікування військових із ПТСР.

Отже, посттравматичний стресовий розлад є багатовимірним явищем, яке поєднує психологічні, фізіологічні та соціальні наслідки бойового досвіду. Він негативно впливає на життєдіяльність ветеранів, ускладнює їх реадаптацію до мирного життя та знижує рівень соціального функціонування. Комплексний характер ПТСР вимагає інтегрованого підходу до діагностики, лікування і профілактики, що включає психологічну допомогу, медичну підтримку, соціальну реабілітацію та участь держави у формуванні програм підтримки ветеранів.

Таким чином, ПТСР слід розглядати не лише як індивідуальну психічну проблему, а як суспільно значущий феномен, який потребує системного вивчення, профілактики та міждисциплінарної підтримки.

1.3. Сучасні підходи до реабілітації військових з ПТСР

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — це складний психоемоційний стан, який формується внаслідок переживання надзвичайно стресових або загрозливих для життя ситуацій. Для військовослужбовців це насамперед наслідок бойової травматизації — прямого чи опосередкованого контакту з насильством, смертю, пораненнями, руйнуваннями та значними людськими втратами.

На думку А. Широких та Н. Пантелеймонової, ПТСР є серйозною проблемою, адже суттєво впливає не лише на психологічний, а й на фізичний та емоційний стан військовослужбовців. Він може призводити до тривалих порушень, підвищуючи ризик інвалідизації та ускладнюючи соціальну адаптацію після демобілізації [27, с. 188].

М. Салюк та М. Меркулов виділяють типові симптоми ПТСР у військових:

- інтрузійні спогади (флешбеки, нічні кошмари, нав’язливі думки);
- емоційне оніміння та уникнення (відсторонення, уникання тригерів, зниження інтересу до діяльності);
- гіперзбудження (підвищена тривожність, агресія, порушення сну, дратівливість) [20, с. 114].

Ці прояви зумовлюють хронічну дезадаптацію, що істотно обмежує здатність військовослужбовців до повноцінного функціонування після бойових дій.

Посттравматичний стресовий розлад має глибокий і тривалий вплив на особистість: змінює когнітивні процеси, емоційні реакції та поведінкові патерни. Тривале перебування у стані бойового напруження, відчуття безпорадності,

втрата товаришів та постійна загроза життю спричиняють деструктивні психоемоційні зміни, які зберігаються навіть після повернення до мирного життя.

У результаті формується зниження рівня адаптації, схильність до ізоляції, руйнування системи цінностей, втрата сенсу та зниження мотивації до взаємодії з оточенням. У поведінці військових часто спостерігаються емоційна байдужість, труднощі у спілкуванні з близькими, ухилення від соціальних контактів або, навпаки, підвищена реактивність і спалахи гніву.

Згідно з дослідженням Л. Міхеєвої та М. Олійника, найтиповішими реакціями на бойову травму є дратівливість, емоційне виснаження, апатія, тривожність, депресія, фобії, соматичні скарги та навіть суїцидальні думки [14, с. 126].

У методичних рекомендаціях О. Кокуна та співавторів зазначається, що військові з ПТСР часто демонструють зниження рівня соціального функціонування, постійне відчуття загрози, труднощі у побудові близьких стосунків і схильність до емоційної ізоляції [22, с. 48]. Такі особи не лише фізично дистанціюються від соціуму, а й внутрішньо «закриваються», що ускладнює процес ресоціалізації. Особливо небезпечним є повернення до мирного життя без належної психологічної підтримки, адже відсутність фахової допомоги підвищує ризик хронізації ПТСР та поглиблює розлади самоідентифікації, довіри й емоційної стабільності.

Наслідки бойової травматизації мають довготривалий характер і не обмежуються моментом переживання травми. Вони поступово трансформують внутрішній світ особистості військовослужбовця, що зумовлює потребу у тривалій, професійно організованій психологічній підтримці.

Сучасна психологічна допомога військовим із ПТСР базується на доказових методах, адаптованих до специфіки бойового досвіду. У посібнику під керівництвом О. М. Кокуна [28] окреслено основні моделі терапії:

- когнітивно-поведінкову — спрямовану на корекцію деструктивних переконань і подолання реакцій уникнення;

- психодинамічну — зосереджену на роботі з витісненими емоціями й внутрішніми конфліктами;

- гуманістичну — що акцентує увагу на прийнятті, емпатії та особистісному зростанні;

- інтегративні підходи, які комбінують різні техніки відповідно до потреб клієнта.

У сучасній практиці реабілітації військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом активно впроваджуються інноваційні методики, що поєднують доказовість, технологічні можливості та індивідуальний підхід до кожного пацієнта.

Одним із найбільш ефективних напрямів визнано терапію десенсибілізації та переробки травматичних спогадів за допомогою рухів очей (EMDR). Ця методика, розроблена Ф. Шапіро, ґрунтується на природних механізмах нейронної інтеграції пам’яті. Вона допомагає зменшити емоційне навантаження травматичних спогадів, відновити почуття безпеки та сформувати нові когнітивні установки.

Все більшого поширення набуває експозиційна терапія, спрямована на поступове зіткнення пацієнта з травматичними спогадами у безпечному терапевтичному середовищі. Завдяки цьому відбувається зниження інтенсивності страху та уникальної поведінки, а пацієнт вчиться сприймати травматичний досвід без гострого емоційного реагування.

У світовій та українській практиці зростає значення тілесно-орієнтованих методів, зокрема нейрофізіологічної релаксації, дихальних технік, музикотерапії та арттерапії. Такі підходи сприяють відновленню взаємозв’язку між тілом і психікою, що особливо важливо для військових, у яких травматичний досвід часто проявляється на соматичному рівні.

Перспективним напрямом у реабілітації є використання віртуальної реальності (VR-терапії), що дозволяє моделювати безпечні ситуації для

поступового зниження тривоги, а також біофідбек-технологій для навчання контролю власних фізіологічних реакцій (серцебиття, дихання, напруги м’язів).

Важливе місце у процесі відновлення посідає групова та сімейна терапія, яка допомагає налагодити соціальні зв’язки, подолати почуття ізоляції та відновити довіру до оточення. Участь у групових програмах підтримки ветеранів підвищує рівень мотивації до одужання та сприяє формуванню нового життєвого сенсу.

В Україні створено низку центрів психологічної реабілітації ветеранів (“Лісова поляна”, “Фенікс”, “Воїн”, “Побратим”), де поєднуються медична, психотерапевтична, соціальна та фізична допомога. Такі установи реалізують принцип мультидисциплінарного підходу, що передбачає спільну роботу психологів, психіатрів, фізичних терапевтів, соціальних працівників і капеланів.

Отже, сучасна система реабілітації військових з ПТСР ґрунтується на поєднанні психотерапевтичних, технологічних і соціальних методів, що дозволяє досягти глибокої корекції психоемоційного стану, відновити соціальну активність і сприяти поверненню до повноцінного життя.

Як наголошує Ю. Лахтаріна, допомога має бути багаторівневою — від стабілізації емоційного стану до опрацювання травми та сприяння ресоціалізації [13, с. 59]. Її ефективність визначається не лише вибором методики, а й рівнем готовності психолога до взаємодії з військовими, які часто виявляють недовіру до цивільних фахівців.

А. Кущ підкреслює, що для досягнення терапевтичного ефекту необхідно враховувати специфіку військової субкультури — її ієрархічність, дисциплінованість, особливості комунікації та схильність до емоційного самоконтролю [12, с. 33]. Ігнорування цих чинників може призвести до низької результативності терапії або до опору з боку клієнта.

Отже, ефективна допомога військовим із ПТСР вимагає не лише професійної компетентності, але й глибокого розуміння контексту бойового досвіду, механізмів психотравматизації та культурних особливостей військового середовища. Лише інтеграція науково обґрунтованих терапевтичних підходів із

емпатійним ставленням до унікального досвіду кожного військовослужбовця забезпечує успішну реабілітацію та відновлення здатності до повноцінного життя.

Отже, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є складним багатофакторним психічним явищем, яке має глибокий і тривалий вплив на особистість військовослужбовця. Його розвиток зумовлений поєднанням екстремальних стресових подій, фізичної небезпеки та емоційних втрат, що призводять до формування деструктивних психоемоційних станів. ПТСР проявляється порушеннями когнітивної, емоційної та поведінкової сфер, знижує рівень соціальної адаптації, підсилює схильність до ізоляції та саморуйнівних моделей поведінки.

Ефективна психологічна допомога військовим із ПТСР потребує системного, поетапного та культурно чутливого підходу, який враховує особливості бойового досвіду, військової субкультури та особистісних ресурсів кожного ветерана. Комплексна терапевтична підтримка, що поєднує доказові психотерапевтичні методи, гуманістичний підхід та соціальну реабілітацію, є запорукою відновлення психічного здоров’я та успішної ресоціалізації військовослужбовців у мирному житті.

РОЗДІЛ 2
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ РЕАДАПТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ІЗ СИМПТОМАТИКОЮ ПТСР

2.1. Методологія дослідження

У даному розділі представлено емпіричне дослідження процесу реадаптації військовослужбовців після бойових дій, яке базується на використанні низки психодіагностичних інструментів. Ці методики дозволяють глибше зрозуміти психологічний стан військових та оцінити прояви посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Для реалізації завдань дослідження було обрано такі методи:

1. Скорочена версія шкали PCL-5 (4 питання), розроблена Везерсом Ф.В. та його колегами. Даний інструмент є компактною версією повного опитувальника, яка включає лише чотири твердження. Вони охоплюють основні кластери симптомів ПТСР за стандартами DSM-5: повторне переживання, уникнення, негативні когнітивні й емоційні зміни, а також підвищену реактивність. Методика ефективна для оперативного скринінгу та оцінки загального стану, особливо за умов обмеженого часу чи ресурсів. Учасники оцінюють свої переживання за п'ятибальною шкалою від 0 («зовсім не турбувало») до 4 («надзвичайно турбувало»). Незважаючи на скорочений формат, інструмент демонструє високу кореляцію з повною версією тесту, що підтверджує його діагностичну надійність.

2. Травматичний скринінг-опитувальник (TSQ), запропонований Брюїном К.Р. та співавторами. Цей короткий опитувальник має 10 питань, які розділені на два блоки: перший стосується повторного переживання травми, другий – фізіологічного збудження. Учасники відповідають «так» або «ні», зазначаючи частоту симптомів (щонайменше двічі за останній тиждень). Методика рекомендується для застосування через 3-4 тижні після травматичної події та сприяє ранньому діагностуванню ризику розвитку ПТСР. У разі отримання 6 і

більше балів необхідно провести більш детальну діагностику за участі фахівця. Оцінка TSQ широко використовується у клінічній практиці завдяки високій прогностичній цінності.

3. Повна версія шкали PCL-5 (20 питань), розроблена Везерсом Ф.В. та іншими авторами. Цей стандартизований інструмент складається з 20 пунктів, що відповідають основним симптоматичним кластерам згідно з DSM-5: повторне переживання, уникнення, когнітивно-емоційні зміни та порушення збудження/реактивності. Респонденти оцінюють ступінь турботи за кожним пунктом за шкалою від 0 до 4, ґрунтуючись на переживаннях протягом останнього місяця. Накопичені бали дозволяють оцінити рівень тяжкості симптоматики ПТСР. Ця шкала є одним із найвідоміших інструментів діагностики у клінічних умовах та наукових дослідженнях.

Застосування зазначених методів забезпечує комплексний підхід до аналізу психологічного стану учасників бойових дій. Вони дозволяють виявити ключові прояви ПТСР, тривоги та депресії, а також закладають основу для подальшої соціально-психологічної реабілітації військових, які постраждали внаслідок бойових дій.

Актуальність, мета та завдання дослідження. Дослідження присвячене проблемі масштабного психологічного впливу, який зазнає особовий склад Збройних Сил України в умовах повномасштабного військового конфлікту з Росією. Інтенсивне зростання кількості військовослужбовців, що потребують психологічної допомоги, вказує на критичну необхідність впровадження дієвих, науково обґрунтованих інструментів для діагностики та психокорекції. Аналіз симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у форматі реабілітаційного закладу дозволяє зосередитися не лише на гострих проявах, але й дослідити довготривалі наслідки бойового стресу, що є ключовою основою для розробки комплексних програм підтримки.

Мета даного розділу полягає у глибокому аналізі рівня, структури та особливостей симптомів ПТСР серед військовослужбовців на стадії реабілітації із подальшим визначенням пріоритетних напрямів психокорекційної діяльності.

Основні завдання дослідження:

1. Організувати та здійснити емпіричне дослідження військовослужбовців, які проходять етап реабілітації.

2. Використати комплексну систему діагностичних методик (TSQ, коротка та повна форми PCL-5) для ідентифікації та диференціації симптомів ПТСР.

3. Провести кількісний та якісний аналіз отриманих даних із метою визначення категорій респондентів з різними рівнями психотравматизації.

4. Оцінити ефективність скринінгових інструментів порівняно з більш деталізованою діагностикою у рамках реабілітаційного центру.

5. На основі результатів дослідження сформулювати практичні рекомендації щодо психологічного супроводу та реабілітаційної допомоги військовослужбовцям.

Організація та етапи дослідження. Емпіричне дослідження проводилося на базі відділення реабілітації КНП «9-та міська клінічна лікарня» у період із березня по травень 2024 року. Вибір цього закладу був обґрунтованим, оскільки він входить до системи комплексної медико-психологічної допомоги військовослужбовцям, які зазнали поранень, контузій або психологічних травм через бойові дії.

У дослідженні взяли участь 38 військовослужбовців Збройних Сил України, які перебували на стаціонарному лікування та реабілітації. Усі учасники мали досвід участі в бойових діях, тривалість якого варіювалася від кількох місяців до кількох років. Середній вік респондентів становив від 25 до 50 років. До вибірки входили військові різних звань: рядовий, сержантський та офіцерський склад, серед яких були ті, що зазнали фізичних травм. Соціально-демографічні дані підтверджували репрезентативність вибірки для цієї групи: 76% учасників мали вищу або незакінчену вищу освіту, 82% перебували у шлюбі, а 61% мали дітей.

Дослідження складалося з трьох етапів, кожен із них мав чітко визначені цілі та завдання:

1. Підготовчий етап. На цьому етапі була сформована методологічна база дослідження: визначені мета, об'єкт, предмет, сформульована гіпотеза та детально розглянуті завдання. Проведено аналіз міжнародної літератури задля вибору найбільш валідних і надійних діагностичних інструментів, адаптованих для військових контингентів. Важливим аспектом було отримання офіційних дозволів від адміністрації лікарні та узгодження всіх організаційних моментів для зменшення впливу дослідження на лікувальний процес. Також розроблено інформаційні листи для учасників та форми інформованої згоди.

2. Основний (емпіричний) етап. Цей етап передбачав збір даних шляхом проведення діагностики. Тестування проходило індивідуально або в невеликих групах в окремому кабінеті, що забезпечувало конфіденційність і комфортну атмосферу. Учасникам надавалися детальні інструкції, акцентуючи на добровільній участі та анонімності результатів. У разі потреби під час тестування поруч із дослідником був присутній медичний психолог, який міг надати підтримку у випадку виникнення емоційного дискомфорту; це мало значний етичний аспект. Кожен учасник заповнював три методики: Trauma Screening Questionnaire (TSQ), коротку форму PCL-5 (4 питання) та повну форму PCL-5 (20 питань).

3. Узагальнюючий (аналітичний) етап. На фінальному етапі обробляли математико-статистичні дані. Результати діагностичних методик були закодовані, внесені у базу даних і проаналізовані. Для кількісної обробки застосовували методи дескриптивної статистики, які включали розрахунки середніх значень, процентів, побудову таблиць і діаграм. Отримані дані інтерпретували з урахуванням клінічного контексту та особливостей вибірки, що дозволило сформулювати попередні висновки про поширеність і структуру симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Для реалізації поставленої мети дослідження було відібрано три взаємодоповнюючі психодіагностичні методики, які дозволяють дотримуватися принципу «від простого до складного». Цей підхід забезпечує перехід від

оперативного скринінгу до детальнішої та глибокої діагностики, зберігаючи цілісність процесу оцінювання.

1. Trauma Screening Questionnaire (TSQ). Розроблений у 2001 році К.Р. Брюїном та його колегами, TSQ представляє собою стандартизований інструмент, спрямований на первинний скринінг симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Опитувальник включає 10 пунктів, які відображають ключові симптоми двох діагностичних кластерів згідно DSM-IV (релевантних також в DSM-5). Це симптоми повторного переживання (наприклад, небажані спогади про травматичні події) та гіперактивованості (наприклад, підвищене відчуття нервозності або панічні атаки).

Респонденти вказують, чи зазнавали вони подібні явища не менше двох разів за останній тиждень, відповідаючи «так» або «ні». Якщо кількість позитивних відповідей досягає 6 і більше, це свідчить про високий ризик наявності ПТСР і необхідність подальшого клінічного обстеження. Методика характеризується високим рівнем чутливості (0,86) та специфічності (0,88), що підтверджено численними дослідженнями серед різних популяцій, включаючи ветеранів бойових дій. Її ключовими перевагами є швидкість заповнення (2-3 хвилини), легкість у застосуванні та можливість використання в умовах оперативного виявлення осіб, що потребують психологічної підтримки.

2. Скорочена форма PCL-5 (4 питання). Скорочена версія анкети PCL-5, створена та валідизована Везерсом і співавторами, є ефективним інструментом для оперативного скринінгу ПТСР. Ця форма містить лише чотири ключові питання – по одному для кожного діагностичного кластеру згідно DSM-5: вторгнення (B1), уникнення (C1), когнітивно-настроєві зміни (D1) та реактивність/збудження (E1). Симптоми оцінюються на основі Лайкертової шкали від 0 («зовсім не турбувало») до 4 («надзвичайно сильно турбувало») за останній місяць. Незважаючи на невелику кількість пунктів, ця версія демонструє значну кореляцію (понад 0,90) з повною версією PCL-5, що робить її цінним інструментом для швидкої оцінки стану великих груп учасників або моніторингу симптомів.

3. Повна форма PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5). Цей детальний опитувальник із 20 пунктами є загальновизнаним «золотим стандартом» для самооцінки симптомів ПТСР відповідно до діагностичних критеріїв DSM-5. Він охоплює всі чотири ключові кластерні групи симптомів: B (повторне переживання), C (уникнення), D (негативні когніції та настрій) і E (збудження та реактивність). Респонденти оцінюють ступінь вираженості кожного симптому за шкалою від 0 до 4 протягом останнього місяця. Загальний результат формується шляхом підсумовування балів за всіма пунктами анкети; порогове значення у 33 бали свідчить про клінічно значущий рівень симптомів ПТСР, який відповідає критеріям патології та вимагає спеціалізованого втручання.

2.2. Інтерпретація результатів діагностики вчителів

Дані, отримані під час проведення емпіричного дослідження, були ретельно систематизовані, проаналізовані як в кількісному, так і якісному аспектах. Це дозволило визначити основні тенденції у появі симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед військовослужбовців.

Результати діагностики за повною шкалою PCL-5. Використання повної версії опитувальника PCL-5, який є найдетальнішим інструментом оцінки, дало змогу не лише зафіксувати наявність симптомів, але й провести класифікацію респондентів за рівнем тяжкості розладу. Для інтерпретації даних згідно з сучасними рекомендаціями була застосована трирівнева система оцінки: нормативні показники (менше 33 балів), помірні симптоми (поблизу порогового значення або ізольовані клінічні прояви) та виражені клінічно значущі ознаки ПТСР (33 бали і більше). Як видно з результатів, представлених в Таблиці 2.1, ситуація потребує серйозної уваги та викликає значну занепокоєність.

Таблиця 2.1.

Розподіл респондентів за рівнем симптоматики ПТСР за повною шкалою PCL-5 (n=38)

Категорія	Кількість осіб	Відсоток (%)
Нормативні показники	11	28.9
Помірні симптоми ПТСР	14	36.8
Клінічно значущі ознаки ПТСР	13	34.2
Разом:	38	100

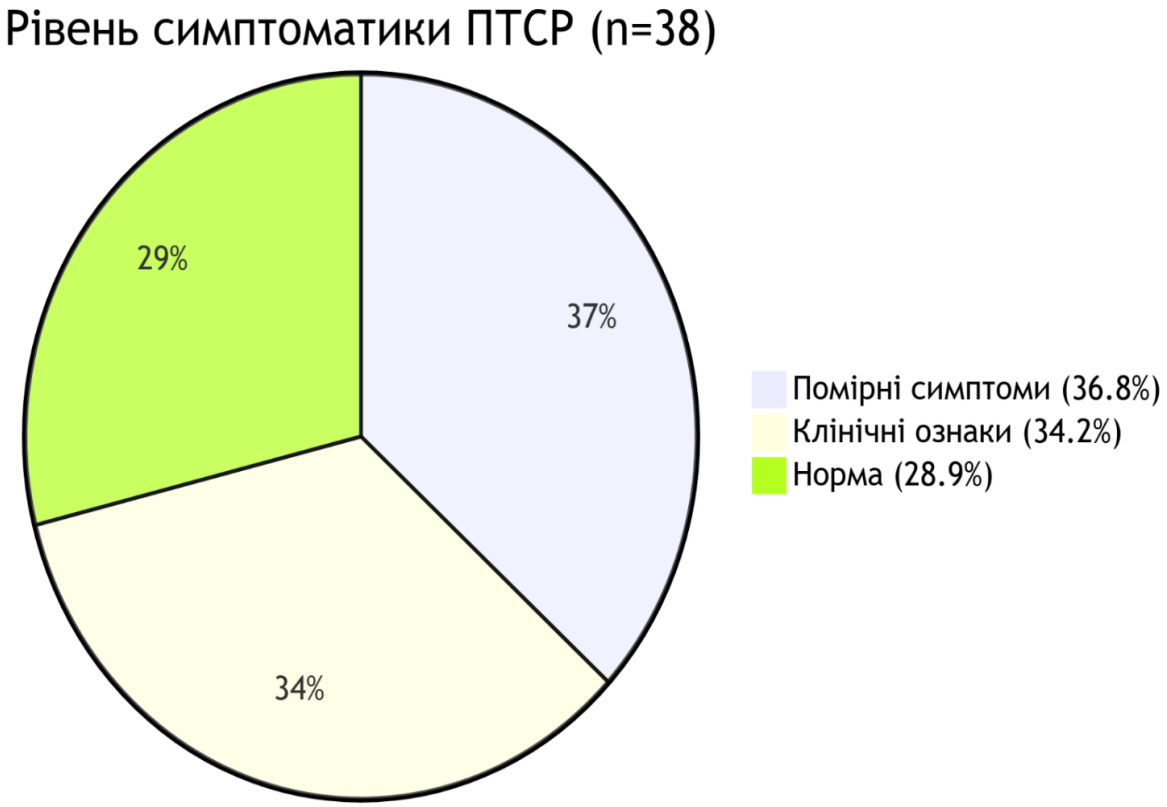


Рис 2.1. Візуальне представлення розподілу рівнів симптоматики ПТСР за повною шкалою PCL-5 [складено автором на основі результатів дослідження]

Аналіз даних, представлених у таблиці, показує, що лише 28.9% респондентів не виявляють ознак клінічно значущих психічних наслідків, викликаних участю в бойових діях. Решта учасників цього дослідження демонструють різний ступінь проявів психологічних проблем. Зокрема, 36.8%

опитаних мають помірну симптоматику, яка часто включає порушення сну, надмірну дратівливість і нав'язливі спогади. Ці прояви серйозно впливають на якість життя, хоча й не завжди утворюють повний набір ознак, необхідних для діагнозу. Однак найбільше занепокоєння викликає те, що 34.2% військовослужбовців, тобто більше третини вибірки, мають чітко виражені клінічні ознаки посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Ці симптоми відповідають діагностичним критеріям DSM-5 і вказують на потребу в терміновому зверненні до спеціалізованої психотерапії, а в деяких випадках – медикаментозної підтримки.

Загалом, сукупна частка респондентів із помірними та клінічно значущими симптомами становить 71%, що перевищує частку психологічно стійких осіб майже у 2.5 раза. Така статистика яскраво свідчить про широке поширення посттравматичного стресу серед учасників бойових дій. Отримана інформація підкреслює важливість організації реабілітаційних заходів, спрямованих на надання психологічної підтримки.

Результати скринінгу за опитувальником TSQ. Результати скринінгу, проведеного за допомогою TSQ, представлені на діаграмі Рис. 2.2, додатково підтверджують достовірність отриманих даних за шкалою PCL-5. Це демонструє високу ефективність інструменту TSQ для швидкого первинного відсіву осіб із ризиком розвитку ПТСР або іншої подібної симптоматики. Цей метод є перспективним інструментом для оперативного визначення потреби у подальшому поглибленому діагностуванні та психологічній допомозі.

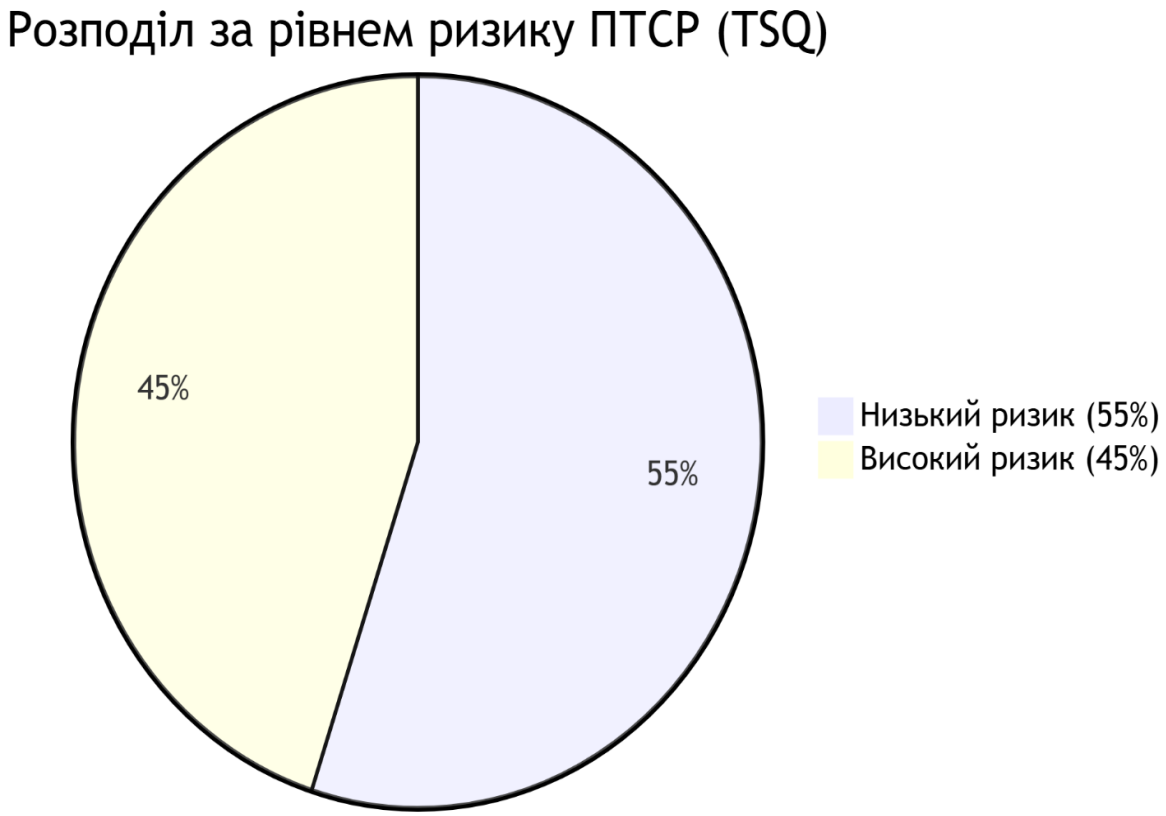


Рис 2.2. Розподіл респондентів за рівнем ризику ПТСР за опитувальником TSQ [складено автором на основі результатів дослідження]

За результатами дослідження, низький ризик розвитку ПТСР встановлено у 55% учасників. Водночас, 45% опитаних показали кількість балів (6 і більше), що вказує на високий ризик виникнення ПТСР. Ця група потребує обов'язкового подальшого поглибленого обстеження із використанням повної версії шкали PCL-5 для точного підтвердження діагнозу та початку лікування. Високий відсоток респондентів із позитивними результатами скринінгу ще раз акцентує увагу на серйозності проблеми та необхідності застосування таких оперативних інструментів на первинному етапі медико-психологічної оцінки.

Результати за короткою формою PCL-5. Представлені на Рисунку 2.3 показники демонструють певну розбіжність із даними, отриманими за повною версією цього інструменту. Така різниця може бути обумовлена особливостями короткої форми, зокрема її зниженою чутливістю до окремих аспектів симптоматики, а також спрямованістю на визначення ризику розвитку

посттравматичного стресового розладу (ПТСР) без глибокого діагностичного аналізу. Важливо зазначити, що коротка форма включає лише чотири ключові питання, що дозволяє швидко оцінити ймовірність ризику, проте обмежує можливість детального розгляду всіх компонентів розладу.

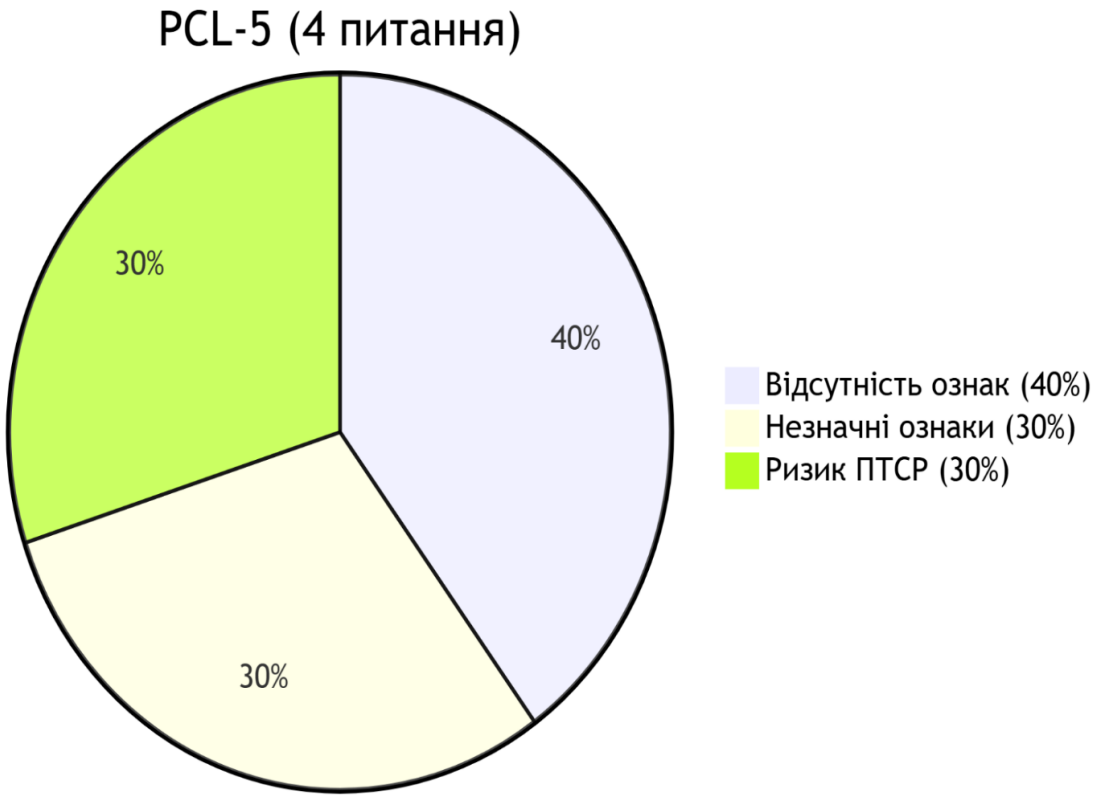


Рис 2.3. Показники ризику ПТСР за короткою формою PCL-5 (4 питання) [складено автором на основі результатів дослідження]

На основі представлених даних, у 40% респондентів не виявлено жодних ознак порушень. У 30% учасників зафіксовано незначні прояви ПТСР, які можуть свідчити про субклінічну форма або ранні стадії розладу. Ще у 30% існує прямий ризик розвитку клінічно значущого ПТСР.

Загальна частка осіб із певною симптоматикою становить 60%, що залишається досить високим показником. Різниця порівняно з даними повної версії опитувальника PCL-5 (71%) може бути обумовлена тим, що скорочений варіант не враховує частину помірних випадків, але водночас успішно

ідентифікує ключові прояви порушення, що підтверджується значним відсотком респондентів із ризиком.

Аналітичний аналіз даних, здійснений за допомогою трьох взаємодоповнюючих методик, дозволив глибше зрозуміти масштаби проблеми та сформулювати кілька ключових висновків:

1. Критична величина проблеми. Результати всіх трьох методів одностайно свідчать про широкий масштаб поширення симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед військовослужбовців, які проходять реабілітацію. Зокрема, від 60% до 71% опитаних демонструють помірну або важку симптоматику, що включає нав'язливі переживання, уникнення травмуючих стимулів, негативні зміни у сприйнятті світу та емоційному стані, гіперзбудження, а також порушення сну.

2. Нагальність багаторівневої діагностики. Використання скринінгових методів (TSQ та коротка форма PCL-5) виявилося ефективним для швидкого ідентифікування осіб із високим ризиком розвитку ПТСР. Однак ці методики не можуть замінити повноцінну діагностику, яка виконується за повної шкали PCL-5. Ця шкала залишається «золотим стандартом» для постановки коректного клінічного діагнозу та створення персоналізованих планів лікування, орієнтованих на індивідуальні потреби пацієнтів.

3. Суттєва роль раннього втручання. Значна частка позитивних результатів скринінгу (45% згідно з TSQ) демонструє нагальну необхідність у розробці системи обов'язкового психологічного оцінювання для військовослужбовців, які повертаються із зон бойових дій або звертаються за медичною допомогою. Упровадження таких заходів дозволить своєчасно виявляти потенційні проблеми й унеможливлювати їх перехід у хронічну форму, що значно підвищить ефективність психологічної допомоги.

4. Основні напрямки реабілітації. Отримані результати чітко окреслили ключові пріоритети в реабілітаційній роботі: потрібно впроваджувати індивідуальні та групові програми психотерапії (з акцентом на когнітивно-поведінкову терапію, методи десенсибілізації й емоційно-фокусовану терапію),

забезпечувати ефективну психосоціальну підтримку та доступ до фармакологічного лікування за показаннями.

Висновки до розділу 2

Проведене дослідження підтвердило високий рівень поширеності проявів ПТСР серед військовослужбовців, які проходили реабілітацію. За даними повної шкали PCL-5, клінічно значущі ознаки розладу було виявлено у 34,2% респондентів, а помірна симптоматика спостерігалась у 36,8%, що вказує на необхідність спеціалізованого втручання для цих груп.

Скринінгові методики (TSQ та коротка версія PCL-5) підтвердили свою ефективність як інструменти оперативного визначення осіб із високим ризиком розвитку ПТСР (45% та 30% відповідно). Це доводить доцільність їх широкого впровадження на етапах первинної психологічної допомоги для швидкої ідентифікації проблем і направлення на детальнішу діагностику.

Комплексне застосування трьох взаємодоповнюючих методик дозволило отримати всебічне уявлення про стан респондентів: від усталення груп ризику (TSQ) до оперативної оцінки (коротка PCL-5) і глибокої діагностики зі структурною й інтенсивною характеристикою симптомів.

РОЗДІЛ 3
СИСТЕМА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ВЕТЕРАНАМ З ПТСР

3.1. Опис інноваційних методів реабілітації

Тривалий збройний конфлікт в Україні загострив проблему надання ефективної реабілітаційної допомоги військовослужбовцям, які страждають від посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Ситуація, яка склалася, вимагає створення комплексного підходу до допомоги ветеранам, оскільки, за даними Міністерства охорони здоров'я України та міжнародних організацій, понад третина учасників бойових дій демонструє клінічно значущі ознаки ПТСР. Цей показник є критичним і свідчить про системну кризу в галузі психічного здоров'я [14].

Поширеність ПТСР серед військових має чітку кореляцію з тривалістю бойових дій, доходячи до найвищих рівнів за всю історію спостережень. Епідеміологічні дослідження вказують на кумулятивний ефект бойового стресу, коли кожен наступний місяць участі у бойових діях збільшує ризик розвитку розладу на 8-12%. При цьому, на відміну від країн НАТО, лише незначна частина українських ветеранів отримує належну реабілітаційну підтримку. За оцінками експертів, охоплення спеціалізованою допомогою в Україні не перевищує 25-30%, тоді як у США цей показник сягає 75%, а в Ізраїлі – 85% [23].

Відсутність дієвої системи реабілітації має каскадний негативний вплив. На індивідуальному рівні це проявляється у прогресуванні психічних розладів, зростанні випадків депресії, алкоголізму та самогубств серед ветеранів. На рівні суспільства це призводить до втрати соціального капіталу, зниження продуктивності праці, зростання витрат на соціальні програми та медичне обслуговування. Економічні втрати від непродукованої праці ветеранів з ПТСР в Україні вже сьогодні оцінюються в 2-3% ВВП [14].

Важливо розуміти, що ці втрати мають каскадний характер. Непродукована праця веде не лише до зменшення ВВП, але й до зниження

споживчого попиту, зменшення податкових надходжень та зростання витрат на соціальні програми, створюючи так званий «ефект доміно» в економіці.

Метою розділу є комплексний аналіз сучасних підходів до реабілітації військових з ПТСР та розробка науково обґрунтованої концепції вдосконалення цієї системи в Україні з урахуванням міжнародного досвіду.

Основні завдання дослідження:

1. Проаналізувати ефективність інноваційних реабілітаційних методів (VRET, нейротехнології, анімалотерапія).
2. Дослідити організаційні моделі реабілітації ветеранів у країнах НАТО.
3. Розробити модель соціальної реінтеграції ветеранів з ПТСР.
4. Сформулювати практичні рекомендації щодо реформування системи реабілітації в Україні.

Методологічну основу дослідження складають:

- системний підхід – для аналізу реабілітації як цілісного соціально-психологічного явища;
- порівняльний аналіз – для вивчення міжнародного досвіду;
- статистичні методи – для обробки кількісних даних ефективності різних методів;
- соціальне моделювання – для прогнозування результатів впровадження запропонованих заходів.

У процесі дослідження використано міждисциплінарний підхід, що інтегрує знання з психології, медицини, соціології та державного управління.

Терапія з експозицією у віртуальній реальності (Virtual Reality Exposure Therapy, VRET) представляє один із найсучасніших та найперспективніших методів лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Цей підхід інтегрує принципи когнітивно-поведінкової терапії, зокрема градаційної експозиції, з передовими технологічними розробками. Як зазначено в дослідженні Rothbaum та співавторів (2023), метод VRET забезпечує створення

індивідуалізованого контрольованого середовища, що імітує травматичні події, гарантує високий рівень безпеки для пацієнта і полегшує процес терапевтичного сприяння [50].

Технічні характеристики та складові сучасних систем VRET включають:

- Спеціалізовані гарнітури віртуальної реальності із роздільною здатністю понад 4K, забезпечуючі поле зору 110–120 градусів і частоту оновлення кадрів від 90 до 120 Гц, що мінімізує ризик розвитку кінетозу (motion sickness). Найбільш популярними платформами є Oculus Rift S, HTC Vive Pro 2 та Pico Neo 3 Pro, які забезпечують реалістичне відтворення навколишнього середовища.

- Тактильні зворотні системи забезпечують більш глибоку іммерсивність завдяки: вібраційним моторам і тактильним костюмам (таким як Teslasuit), системам обдуву та терморегуляції, платформам симуляції просторових переміщень (наприклад, Omnidirectional Treadmills) та ольфакторним модулям (зокрема, FeelReal Mask), які дозволяють відтворювати до 30 різних запахів (наприклад, пороху, диму, лісу), що значно посилює ефект присутності.

- Системи біометричного моніторингу сприяють покращенню об'єктивної оцінки фізіологічного стану пацієнта. Серед них: ЕЕГ-моніторинг мозкової активності, методи оцінки фізіологічних реакцій (поліграфія), технології стеження за рухом очей (eye-tracking) та гальванічна реакція шкіри (GSR). Ці системи дозволяють терапевту в реальному часі відстежувати реакції пацієнта та коригувати інтенсивність експозиції [50].

Клінічна ефективність VRET підтверджена численними дослідженнями. Мета-аналіз 43 експериментальних досліджень, опублікований у Journal of Traumatic Stress (2023), демонструє значне покращення показників при лікуванні ПТСР. Однак, дослідження також вказують на важливість індивідуального підходу. Ефективність VRET значно варіює в залежності від типу травми (наприклад, бойова травма, сексуальне насильство), особистісних характеристик

пацієнта та його готовності до співпраці. Крім того, існує явище «віртуального прірвання» (virtual abyss), коли пацієнт відчуває паніку при зануренні у надто реалістичну симуляцію, що вимагає від терапевта високого рівня майстерності для контролю інтенсивності експозиції.

Таблиця 3.1.

Ефективність VRET у лікуванні ПТСР

Параметр	До лікування	Після лікування	Покращення (%)
Шкала CAPS-5	38.2 ± 6.4	12.7 ± 4.1	67.2
Шкала PCL-5	51.8 ± 7.2	17.3 ± 5.6	66.6
Рівень тривожності (HAMA)	25.4 ± 4.8	9.1 ± 3.2	64.2

Джерело: [50]

Як демонструють дані таблиці 3.1, VRET забезпечує значне зниження симптоматики ПТСР за всіма основними шкалами. Динаміка цих результатів також ілюстрована графічно, що дозволяє візуалізувати прогрес пацієнтів протягом курсу терапії.

Протоколи застосування VRET передбачають стандартний курс із 12–16 сеансів тривалістю 45–60 хвилин, що проводяться двічі-тричі на тиждень. Типовий сеанс структурно включає такі фази:

- Підготовча фаза (10 хвилин): визначення цілей терапії, налаштування пацієнта, обговорення безпекових процедур.

- Фаза експозиції (25-35 хвилин): поступове занурення пацієнта у віртуальне середовище, що імітує травматичну подію, з контролем інтенсивності.

- Фаза заспокоєння та обговорення (10-15 хвилин): нормалізація стану пацієнта, обговорення переживань, рефлексія.

Нейрофідбек, також відомий як біологічний зворотний зв'язок, являє собою передову технологію, що ґрунтується на принципах оперантного кондиціонування. Цей підхід дозволяє пацієнту навчитися свідомо керувати

фізіологічними функціями організму через миттєвий зворотний зв'язок. У терапії посттравматичного стресового розладу (ПТСР) застосовуються різні методи нейрофідбеку, кожен з яких має унікальні механізми дії та специфічні показання до використання [30].

Таблиця 3.2.

Порівняльна характеристика основних методів нейрофідбеку

Тип нейрофідбеку	Тривалість курсу	Ефективність	Основні показання
EEG-нейрофідбек	20-30 сеансів	58-72%	Надмірна тривожність, порушення сну
Серцевий ритм-фідбек	15-20 сеансів	45-60%	Вегетативна дисрегуляція
Дихальний фідбек	10-15 сеансів	50-65%	Гіпервентиляційні розлади
Гальванічний фідбек	12-18 сеансів	55-68%	Емоційна лабільність

Джерело: [30]

Клінічна ефективність нейрофідбеку підтверджується численними науковими дослідженнями. Згідно з метааналізом 27 рандомізованих контрольованих досліджень, опублікованим у журналі *Applied Psychophysiology and Biofeedback* (2023), нейрофідбек демонструє стабільно високу ефективність у комплексному лікуванні ПТСР. Основні результати включають:

- зниження симптомів за шкалою PCL-5 на 45–72%;
- покращення якості сну (індекс PSQI) на 50–65%;
- зменшення рівня тривоги (шкала HAMA) на 40–60%;
- покращення когнітивних функцій (увага, пам'ять) на 35–55%.

Механізм дії нейрофідбеку ґрунтується на нейропластичності – здатності мозку формувати нові нейронні зв'язки. Регулярні тренування дозволяють ветеранам знизити активність у зонах мозку, відповідальних за генерацію страху

(мигдалина), та посилити активність у зонах, відповідальних за раціональний контроль (префронтальна кора) [30].

Транскраніальна магнітна стимуляція (ТМС) – це ще один перспективний метод, який дозволяє неінвазивно стимулювати нейрони кори головного мозку за допомогою коротких магнітних імпульсів високої інтенсивності. Принцип її дії базується на електромагнітній індукції, що забезпечує можливість впливати на глибокі мозкові структури, які важко доступні для інших видів терапії [34].

Лікувальні протоколи ТМС для терапії ПТСР включають дві основні модальності:

1. Високочастотна ТМС (10–20 Гц):

- Локалізація: дорсолатеральна префронтальна кора (DLPFC, ліва сторона).
- Тривалість: 20–30 щоденних сеансів тривалістю по 30–40 хвилин.
- Інтенсивність: 80–120% від моторного порогу.
- Механізм дії: підвищення активності лівої DLPFC, нормалізація дофамінергічної передачі.

2. Низькочастотна ТМС (1 Гц):

- Локалізація: дорсолатеральна префронтальна кора (DLPFC, права сторона).
- Тривалість: 15–25 сеансів.
- Механізм дії: зниження гіперактивності правої півкулі та нормалізація міжпівкульної асиметрії.

Ефективність ТМС підтверджена даними систематичного огляду Cochrane (2023) [3]:

- Респондерність: успішне реагування у 60–75% пацієнтів.
- Ремісія: досягнення ремісії в 40–55% випадків.
- Тривалість терапевтичного ефекту: від 6 до 12 місяців.

- Профіль безпеки: мінімальні побічні реакції (тимчасовий головний біль, легке запаморочення).

Сучасні дослідження також зосереджені на пошуку біомаркерів відповіді на ТМС. Наприклад, зниження активності мігдалини, зафіксоване за допомогою фМРТ після курсу високочастотної ТМС лівої DLPFC, може слугувати об'єктивним показником успішності терапії. Це відкриває шлях до персоналізованої медицини, де протокол лікування підбирається на основі індивідуальних нейробіологічних характеристик пацієнта.

Комбіновані методи нейрофідбеку та транскраніальної магнітної стимуляції (ТМС) демонструють синергетичну результативність. Дослідження показують, що послідовне застосування цих методів дозволяє досягти покращення показників за основними шкалами на 75-85%, що значно вище, ніж при монотерапії. Це дає змогу скоротити тривалість лікування на 30-40% порівняно з традиційними підходами.

Анімалотерапія в реабілітації ветеранів з ПТСР. Канистерапія: механізми впливу та протоколи. Канистерапія, яка передбачає терапію з використанням собак, є ефективним методом структурованої психотерапевтичної допомоги, спрямованим на реабілітацію ветеранів із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). У цьому підході застосовуються спеціально навчені та сертифіковані собаки-терапевти, що допомагають досягати конкретних терапевтичних цілей у фізичному, психологічному та соціальному аспектах [42,53].

Механізми терапевтичного впливу каністерапії мають комплексний характер:

1) Нейробіологічні ефекти:

- Зниження рівня кортизолу в сечі на 48% (дані University of California, 2023).

- Підвищення концентрації окситоцину на 32% (Journal of Psychiatric Research, т. 157, 2023).

- Зменшення активності мигдалини на 27% (fMRI-дослідження, VA Medical Center, 2023).

2) Психологічні ефекти:

- Поліпшення комунікативних навичок на 45%.

- Зниження симптомів соціальної ізоляції на 52%.

- Зменшення частоти панічних нападів на 38%.

3) Соціальні ефекти:

- Покращення здатності до соціальних взаємодій на 41%.

- Збільшення участі в групових активностях на 35%.

Протоколи застосування каністерапії базуються на стандартизованих підходах:

- Індивідуальна терапія: тривалість 45–60 хв двічі на тиждень; мета – зниження тривоги та емоційна регуляція; ефективність – 65–72%.

- Групова терапія: тривалість 60–90 хв один раз на тиждень; орієнтація на соціальну інтеграцію та спілкування; ефективність – 58–67%.

- Кризові інтервенції: тривалість 20–30 хв за потреби; мета – запобігати панічним атакам; ефективність – 75–82%.

- Довгострокова підтримка: тривалість 30–45 хв щотижня; профілактика рецидивів; ефективність – 60–68%.

Іпотерапія: специфіка програм для ветеранів.

Іпотерапія (терапія через взаємодію з конями) є багатокомпонентним реабілітаційним методом, що сприяє одночасному покращенню фізичного стану, психологічного благополуччя та соціальних навичок ветеранів. Взаємодія з великою твариною, що вимагає довіри та співпраці, має унікальний терапевтичний потенціал [53].

Науково доведені ефекти іпотерапії:

1) Фізіологічні ефекти:

- Зниження артеріального тиску на 15–20%.
- Покращення координації та рівноваги на 40%.
- Зменшення м'язового напруження на 35%.

2) Психологічні ефекти:

- Зниження симптомів депресії на 45–55%.
- Поліпшення емоційної саморегуляції на 38%.
- Зменшення частоти флешбеків на 42%.

3) Соціальні ефекти:

- Покращення адаптації до соціальних умов на 50%.
- Розвиток невербальних комунікаційних навичок на 47%.
- Підвищення рівня довіри до оточення на 43%.

Специфіка програм іпотерапії для ветеранів має чітку структуру:

- Програма "Cavalry": тривалість – 12 тижнів, 24 сесії; поєднана з когнітивно-поведінковою терапією; ефективність – покращення на 68–75%.
- Програма "Терапія за допомогою коней": тривалість 8 тижнів; 16 групових сесій, спрямованих на розвиток соціальних навичок; ефективність – покращення стану 60-65% учасників.

Вимоги до тварин-терапевтів регламентуються міжнародними стандартами:

- Собаки-терапевти: наявність спеціальної сертифікації (ATD, TDI), мінімум два роки професійного навчання, регулярне проходження медичних оглядів.
- Коні-терапевти: відбір за відповідним темпераментом, професійне навчання тривалістю понад три роки, безперервний ветеринарний контроль.

Економічна ефективність програм анімалотерапії підтверджена дослідженнями, які вказують на коефіцієнт рентабельності 1:3,5. Це обумовлено

значним скороченням витрат на медикаменти та меншою частотою госпіталізацій пацієнтів [53].

Окрім того, анімалотерапія має низку «нефармакологічних переваг»: вона не має побічних ефектів, властивих психотропним препаратам, сприяє формуванню нових, нефункціональних соціальних зв'язків (спочатку з твариною, а потім і з людьми), та слугує мостом для відновлення довіри до світу, яка часто втрачається внаслідок травми.

3.2. Досвід країн НАТО та можливості його адаптації в Україні

Адміністрація ветеранів США (Department of Veterans Affairs) представляє одну з найрозвиненіших систем реабілітації у світі, що формувалася десятиріччями, ґрунтуючись на багаторічному досвіді роботи з ветеранами різних воєн та конфліктів. У фінансовому 2024 році її бюджет становить рекордні 325 мільярдів доларів, що дорівнює близько 4,5% від федерального бюджету США [52].

Структура надання допомоги включає комплексний підхід:

- 172 медичні центри третинного рівня, обладнані передовими діагностичними та лікувальними інструментами, де щороку допомогу отримують від 50 000 до 100 000 ветеранів кожен.

- 1 074 амбулаторні клініки первинного й вторинного рівнів, розташовані по всій країні з урахуванням густоти ветеранського населення.

- Телемедичні служби обслуговують 12,7% пацієнтів, що відповідає понад 2,3 мільйонам ветеранів щороку. Ця послуга особливо актуальна для мешканців віддалених регіонів і ветеранів із обмеженою мобільністю.

- Національний центр із ПТСР, заснований у 1989 році, є ключовим осередком дослідження та лікування посттравматичного стресового розладу, координуючи роботу 232 спеціалізованих програм по всій країні.

Таблиця 3.4.

Фінансові показники VA на 2025 рік

Напрямок фінансування	Сума (млрд $)	Частка бюджету	Зміна до 2025 року
Медичні послуги	142.5	43.8%	+8.2%
Пенсійні виплати	108.3	33.3%	+5.7%
Реабілітаційні програми	32.8	10.1%	+12.4%%
Дослідження та розвиток	12.4	3.8%	+15.6%
Адміністрування	29.0	8.9%	+3.2%

Джерело: [52]

Програми реабілітації в системі VA відрізняються різноманітністю та індивідуальним підходом:

1. Індивідуальна та групова психотерапія: Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), десенсибілізація та переробка шляхом руху очей (ДПДГ/EMDR), пролонгована експозиція, терапія на основі менталізації.

2. Медикаментозне лікування: Використання сучасних протоколів фармакотерапії, індивідуальний підбір препаратів з моніторингом їх ефективності та побічних ефектів.

3. Реабілітаційні програми: Короткострокові (30 днів) – інтенсивний курс для ветеранів із гострими станами; середньострокові (60 днів) – стандартизовані програми для переважної більшості пацієнтів; довгострокові (90 днів) – для ветеранів із комплексними потребами.

4. Програми підтримки сімей ветеранів: Психологічна допомога членам сімей, освітні заходи щодо ПТСР, групи взаємопідтримки, ресурси для догляду за ветеранами [46,35].

Інноваційні підходи в рамках системи VA включають:

- Централізовану систему координації медичної допомоги, представлену єдиною електронною медичною картою, що забезпечує доступ пацієнтів до медичних даних у будь-якому закладі системи Veterans Affairs (VA) по всій країні.

- Впровадження телемедицини: відеоконсультації з лікарями, дистанційний моніторинг стану здоров'я, спеціалізовані мобільні застосунки для самодопомоги.

- Наукові дослідження: VA щороку фінансує понад 3000 наукових досліджень у галузях нейронауки, психофармакології та реабілітації.

Показники ефективності в 2023 році демонструють високу результативність функціонування системи VA: 62.8 мільйона амбулаторних прийомів, 754 тисячі госпіталізацій, 2.3 мільйона телемедичних консультацій, рівень задоволеності пацієнтів – 87% [35].

Критичним фактором успіху американської системи є її орієнтація на довічну підтримку ветерана. Реабілітація не розглядається як одноразовий курс, а як безперервний процес, що адаптується до змін стану здоров'я та життєвих обставин ветерана на протязі всієї його життєдіяльності.

Система реабілітації військовослужбовців в Ізраїлі є однією з найефективніших у світі завдяки особливостям її структури та багаторічному досвіду роботи в умовах тривалих військових конфліктів. Ізраїльська модель ґрунтується на концепції «психологічної першої допомоги» (psychological first aid), яка надається ще на етапі бою та безпосередньо після нього, що значно знижує ризик розвитку хронічного ПТСР [41].

Вона відзначається інтеграцією державного управління та активної участі громадських організацій, що створює основу для успішної психологічної реабілітації ветеранів. Вона відзначається інтеграцією державного управління та активної участі громадських організацій, що створює основу для успішної психологічної реабілітації ветеранів [45].

Ключові аспекти ізраїльської моделі реабілітації ветеранів:

1. Система раннього виявлення та втручання. Ізраїльська модель передбачає комплексний підхід до ранньої діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед демобілізованих військовослужбовців. Психологічне обстеження є обов’язковим і проводиться протягом перших 30

днів після демобілізації. Для цього використовуються валідизовані інструменти скринінгу, як-от PCL-5 та CAPS-5, що забезпечують точність діагностування. Система охоплює до 98% демобілізованих військових:

- Первинний скринінг (7–14 днів): застосування анкети PCL-5 та інтерв'ю, проведених військовими психологами.

- Поглиблена діагностика (15–30 днів): використання інструментів CAPS-5 та психофізіологічних тестувань, що виконують клінічні психологи.

- Розробка індивідуального плану (30–45 днів): міждисциплінарна комісія формує персоналізований план реабілітації.

2. Мережа регіональних реабілітаційних центрів. В Ізраїлі функціонує 12 регіональних центрів, кожен з яких обслуговує від 50 до 70 тисяч ветеранів. Ці установи надають інтегровані послуги, що включають медичну, психологічну та соціальну підтримку.

3. Співпраця з громадськими організаціями. Ізраїльський підхід передбачає активну взаємодію між державою та неурядовими організаціями. Близько 65% коштів громадських організацій фінансується державою, при цьому координація діяльності здійснюється через Міністерство оборони. У межах співпраці реалізуються спільні програми з такими провідними організаціями, як NATAL та OneFamily.

4. Програми зайнятості для ветеранів. Система реінтеграції ветеранів у суспільне життя включає:

- Квотування: 5% робочих місць у державних установах резервується для ветеранів.

- Підтримка підприємництва: виділення грантів до 50 тисяч доларів для заснування бізнесу.

- Перепідготовка: реалізація програм навчання тривалістю від 6 до 12 місяців.

Фінансові аспекти моделі реабілітації включають кілька джерел: державний бюджет (65%, 450 млн доларів), громадські організації (22%, 150 млн доларів), міжнародна допомога (9%, 60 млн доларів), приватні пожертви (4%, 30 млн доларів) [45].

Показники успішності за 2023 рік демонструють результативність моделі: середній час очікування на отримання послуг становить 7–14 днів, охоплення досягає рівня 85% ветеранів, успішність реабілітації – 70–75%.

Порівняльний аналіз дозволяє виявити сильні сторони кожної з моделей та визначити оптимальні шляхи їх адаптації в Україні.

Таблиця 3.5.

Порівняння систем реабілітації країн НАТО

Параметр	США	Ізраїль	Великобританія	Україна
Бюджет на ветерана/рік	$25,000	$18,000	$15,000	$1,200
Час очікування допомоги	14 днів	7 днів	21 день	90+ днів
Отримання допомоги (%)	75%	85%	65%	25%

Джерело: власне узагальнення на основі [52,41,45,48]

Як видно з таблиці 3.5, Україна значно поступається за ключовими параметрами систем підтримки ветеранів порівняно з іншими країнами НАТО. Основні нагальні потреби включають розробку національної стратегії, створення єдиного реєстру ветеранів, розширення доступу до телемедицини та збільшення кількості реабілітаційних центрів для рівномірного охоплення регіонів.

Фінансові показники: США має найпотужніший бюджет для фінансування програм реабілітації, що гарантує широкий спектр послуг для ветеранів. У порівнянні, Україна відстає у фінансуванні приблизно в 15–20 разів, через що якість і доступність послуг для військових значно обмежені.

Доступність допомоги: Ізраїль демонструє високий рівень доступності завдяки інтегрованій системі ранньої діагностики й втручання. В Україні

тривалість очікування на отримання допомоги часто перевищує критичні часові межі, необхідні для ефективного лікування.

Охоплення послугами: Ізраїль досяг найбільш ефективного охоплення через обов’язковий скринінг всіх ветеранів. Україна надає допомогу лише чверті потребуючих ветеранів, залишаючи значну кількість людей без належної підтримки.

3.3.Соціальна реінтеграція ветеранів

Соціальна реінтеграція ветеранів є багатоаспектним і багаторівневим процесом повернення осіб, які зазнали впливу війни, до нормальної життєдіяльності в умовах мирного існування. Вона охоплює не лише фізичне повернення до родинного і суспільного простору, а й глибоке особистісне та соціальне оновлення, відновлення соціальних зв'язків та напрацювання нових ролей і перспектив у цивільному житті.

Цей підхід зумовлює двосторонній характер процесу: з одного боку, це активні дії з боку самого ветерана для адаптації, з іншого — це готовність громади, держави та сім'ї підтримувати і приймати ветерана, створюючи сприятливі соціальні умови для його інтеграції.

У науковій літературі соціальну реінтеграцію трактують таким чином:

1. Як процес: Це довготривалий і послідовний етап адаптації, який значно виходить за межі перших місяців після демобілізації, охоплюючи роки активної роботи з відновлення.

2. Як результат: Це стан гармонійного включення ветерана до економічного, соціального та культурного життя суспільства із психологічним благополуччям, відчуттям належності та самореалізації.

3. Як соціальну практику: Це набір державно-громадських заходів, програм та стратегій, які сприяють безбар'єрному поверненню ветеранів до активного життя.

Ключові аспекти успішної соціальної реінтеграції охоплюють:

1. Психологічна готовність до змін. Цей процес можна розглядати через призму теорії «самоефективності» Альберта Бандури. Ветеран, який пройшов через екстремальний досвід, часто втрачає віру у власну здатність успішно функціонувати в цивільному середовищі. Завдання реабілітації – відновити це почуття компетентності через малі перемоги та позитивний досвід. Цей аспект є базовим, адже визначає внутрішню налаштованість ветерана на адаптацію до умов мирного життя. У процесі психологічної реінтеграції важливо:

- Долати посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та інші психоемоційні наслідки, такі як тривога, безсоння, спалахи гніву чи нав’язливі спогади, що ускладнюють щоденне функціонування.

- Займатися переосмисленням цінностей та життєвих орієнтирів. Пройшовши через екстремальний досвід, людина часто змінює своє бачення понять дружби, вірності, смерті та життя. Мирне життя має стати джерелом нових сенсів.

- Перебудовувати свою ідентичність: трансформувати себе з ідентичності військового, де домінує чітка ієрархія та визначені завдання, до ідентичності цивільної людини — чоловіка, батька чи професіонала.

- Відновлювати почуття контролю та безпеки. У бойових умовах сприйняття світу зосереджене навколо постійної загрози й автоматичних реакцій. У мирному житті потрібно навчитися довіряти оточенню та відчувати себе захищеним.

Цей перехід від гіпервігильності до відносної розслабленості є одним із найскладніших, оскільки гіпервігильність, будучи дезадаптивною в мирному житті, є адаптивною та рятівною на війні. Тому важливо не «зламати» цей механізм, а навчити ветерана «вмикати» та «вимикати» його відповідно до контексту.

2. Наявність соціальних зв’язків та підтримки. Соціальна мережа відіграє роль буфера проти стресу та стає важливим джерелом ресурсів для ветерана. У цьому контексті виділяються кілька рівнів підтримки:

- Сім’я. Найближче середовище забезпечує емоційну безпеку, любов і прийняття. Водночас члени сім’ї самі потребують підготовки до роботи з особливостями поведінки ветерана, щоб уникати конфліктів та вторинної травматизації.

- Побратими. Спільнота ветеранів має унікальне значення через поділений досвід, який об’єднує її членів так, як не може об’єднати жодна інша соціальна група. Спілкуючись із побратимами, людина може говорити про те, що часто залишається недоступним для цивільного розуміння.

- Громада. Інтеграція до місцевої спільноти (сусідство, колеги, друзі чи громадські організації) сприяє подоланню соціальної ізоляції та дарує відчуття належності до чогось більшого. Сучасні підходи, такі як «Соціальна пропозиція» (Social Prescribing), коли лікарі та соціальні працівники «виписують» ветеранам участь у громадських активностях, клубах за інтересами чи волонтерських проектах, демонструють високу ефективність у подоланні самотності та побудові нових соціальних мереж.

3. Можливість професійної реалізації. Робота не лише слугує джерелом доходу, але також є важливим аспектом соціальної ідентичності, самоповаги та життєвої стабільності. Ефективна професійна реінтеграція ветеранів залежить від кількох ключових компонентів:

- Перенесення військових навичок на цивільний ринок праці. Багато компетенцій, які ветерани здобули під час служби, як-от лідерство, управління проєктами, вміння працювати в стресових умовах або виконання технічних завдань, мають високу цінність. Однак, часто вони стикаються з труднощами при адаптації цих навичок до потреб цивільних роботодавців.

- Професійна перепідготовка і навчання. Для успішної адаптації необхідно освоювати нові цивільні професії або проходити курси підвищення кваліфікації відповідно до сучасного ринку праці.

- Програми стажування та менторства. Важливу роль тут відіграє підтримка з боку досвідчених фахівців і компаній, які готові надати можливості для розвитку й наставництва ветеранам.

- Підприємницька ініціатива. Багато ветеранів мають природні лідерські якості, здатність приймати рішення у складних ситуаціях, що робить їх потенційно успішними кандидатами для започаткування власного бізнесу. Однак важливо враховувати специфічні ризики: ветерани можуть бути схильними до надмірного ризику в бізнесі (як продовження «звички до ризику» на війні) або до чорно-білого мислення, що ускладнює ведення переговорів. Тому менторська підтримка та навчання основам бізнесу є критично важливими.

4. Прийняття суспільством. Успішність реінтеграції залежить не лише від внутрішніх чинників, але й значною мірою від ставлення суспільства. Якщо оточення зустрічає ветеранів зі страхом, упередженнями чи байдужістю, то ефективна адаптація стає набагато складнішою. Суспільне прийняття включає:

- Подолання стереотипів. Необхідно руйнувати хибні уявлення про ветеранів як психологічно нестабільних чи небезпечних осіб. Насправді більшість із них володіють сильним характером, високою відповідальності та є важливим суспільним ресурсом.

- Створення інклюзивного середовища. Формування атмосфери поваги, вдячності та готовності підтримати ветеранів. Цьому сприяють інформаційні кампанії, засоби масової інформації та культурні заходи, спрямовані на підвищення соціальної свідомості.

- Залучення ветеранів до громадської активності. Активна участь у суспільному житті, роботі з молоддю чи волонтерських проєктах не лише сприяє

реалізації їхнього потенціалу, але й допомагає змінити ставлення суспільства через демонстрацію їхніх позитивних якостей і внеску в громадське благо.

Отже, соціальна реінтеграція виступає як складний багатогранний процес, успішність якого залежить від гармонійної взаємодії внутрішніх ресурсів особистості, таких як психологічна стійкість і мотивація, із зовнішньою підтримкою з боку родини, місцевої громади, державних установ та суспільства загалом. Лише об'єднання цих факторів здатне забезпечити повноцінне повернення захисників до мирного життя, сприяючи їхній успішній трансформації з військових у активних громадян, які можуть зробити вагомий внесок у розвиток країни.

Професійна реабілітація відіграє одну з ключових ролей у забезпеченні успішної соціальної інтеграції ветеранів, адже вона сприяє не лише їхній фінансовій стабільності, але й відновленню почуття особистої значимості, мети та соціального статусу. Задля досягнення цих цілей програми у даній сфері повинні мати комплексний і багаторівневий характер, орієнтуючись як на ветеранів, так і на роботодавців.

1. Програми перекваліфікації та навчання.

Дані програми спрямовані на здобуття ветеранами нових, затребуваних на сучасному ринку праці професій або адаптацію їхніх військових навичок до потреб цивільної економіки.

Зміст і структура: Навчальні програми формуються у співпраці з роботодавцями, профільними вищими навчальними закладами та тренінговими центрами, що забезпечує їхню актуальність та відповідність запитам ринку. Пріоритетними напрямками є інформаційні технології, кібербезпека, логістика, управління проєктами, промисловість, будівництво та медичний сектор. Важливою складовою програм є тренінги із розвитку "soft skills", такі як комунікаційні навички, проходження співбесід і написання резюме.

Тривалість і формати: Навчання триває зазвичай від 3 до 6 місяців та використовує змішаний формат: онлайн-заняття поєднуються з практичними очними сесіями. Такий підхід створює можливість для ветеранів будувати свій

навчальний графік у гнучкий спосіб. Інтенсивність навчання враховує психофізіологічні особливості учасників.

Фінансування: Фінансова підтримка програм ґрунтується на змішаній моделі: приблизно 70% фінансування забезпечується державою через спеціалізовані програми та центри зайнятості, а 30% надходить від приватних інституцій – корпорацій, міжнародних донорів та громадських ініціатив у вигляді грантів.

Показники ефективності: Ефективність програм оцінюється за показником працевлаштування випускників протягом 6–9 місяців після завершення навчання. Успішні моделі демонструють результативність на рівні 65–75%, що залежить від якості програми, наявності партнерських зв'язків із роботодавцями та супроводу учасників кар'єрними консультантами.

2. Підтримка підприємницької ініціативи.

Значна частина ветеранів володіє розвиненими лідерськими навичками, дисципліною та здатністю приймати обґрунтовані рішення в умовах невизначеності, що потенційно може сприяти їхньому успіху у сфері підприємництва.

Фінансова підтримка: Для реалізації бізнес-ідей ветеранам пропонуються гранти до $25,000, які не потребують повернення за умови виконання затвердженого бізнес-плану, а також безпроцентні кредити або кредити зі сприятливими ставками для розвитку власної справи. Таке фінансування часто має цілеспрямований характер (наприклад, придбання обладнання, оренда приміщень чи фінансування маркетингової активності).

Нематеріальна підтримка: Важливою складовою є менторська підтримка ветеранів від досвідчених підприємців та експертів із бізнес-адміністрування. В рамках акселераційних програм ветерани отримують доступ до юридичних консультацій, бухгалтерських послуг, платформ для нетворкінгу та освітніх модулів з фінансів і маркетингу.

3. Квоти для ветеранів та стимулювання роботодавців.

Для підвищення рівня працевлаштування ветеранів держава разом із громадськими організаціями реалізує механізми позитивної дискримінації, що мають на меті створення додаткових можливостей для цієї категорії.

Система квотування. Законодавством може бути передбачено запровадження обов'язкових квот для працевлаштування ветеранів. Наприклад, не менше 5% посад у державних органах влади та близько 3% вакансій у великих приватних компаніях, які мають понад 100 працівників, повинні бути відведені для ветеранів.

Економічні стимули для роботодавців. Щоб залучити бізнес до підтримки ветеранів, пропонується надавати податкові пільги, зокрема знижки на податок на прибуток або єдиний соціальний внесок на кожного працевлаштованого ветерана. Крім того, можлива компенсація витрат роботодавців на створення та облаштування робочих місць, адаптованих до потреб осіб з інвалідністю.

Рейтинги та публічне визнання. Запроваджуються рейтинги компаній, які підтримують ветеранів, — так звані «ветеран-френдлі компанії». Це покликано не лише зміцнити HR-бренд таких підприємств, але й додати їм соціального капіталу, що стає додатковим чинником мотивації для роботодавців.

Сімейна реінтеграція.

Сім'я є одним із головних джерел підтримки ветерана, виконуючи роль буфера від стресу та стаючи основою для його психологічного відновлення. Однак сам процес адаптації може супроводжуватися труднощами: рідні не завжди готові до змін у поведінці чи емоційному стані ветерана. Це часто призводить до внутрішніх конфліктів, напруження у стосунках, розлучень або навіть появи вторинної травматизації у членів сім'ї.

У зв'язку з цим програми сімейної реінтеграції є невід'ємною складовою комплексної системи реабілітації. Вони спрямовані на забезпечення психологічної гармонії між ветераном і його близькими, попередження конфліктів та відновлення довіри в родині.

Програми підтримки сімей створені для зміцнення сімейних відносин у складних життєвих обставинах та адаптації до наслідків травматичного досвіду. Вони включають кілька ключових напрямів:

Консультації для подружніх пар організовуються за участю кваліфікованих психологів і психотерапевтів, які спеціалізуються на роботі з наслідками ПТСР та адаптаційними труднощами. Програма передбачає курс із 12-16 сеансів, спрямованих на відновлення внутрішньої взаємодії, розв'язання конфліктів, усвідомлення впливу травмуючих обставин та формування спільних стратегій для подолання кризових ситуацій. Основна мета полягає у перетворенні стосунків з ролей «рятівник» чи «жертва» до рівноправного партнерства.

Групи взаємодопомоги для родичів, партнерів і дітей забезпечують безпечне середовище для обговорення власних переживань. Учасники отримують не лише емоційну підтримку, але й практичні поради від інших людей, які перейшли через схожі труднощі. Такі зустрічі успішно борються з відчуттям ізоляції та допомагають членам сім’ї відчути, що вони не одні у своїх викликах.

Інформаційні ресурси, семінари та цілодобові гарячі лінії надають сім'ям доступ до найважливішої інформації щодо ПТСР, тривожних станів, депресії та способів підтримки близьких у періоди криз. Завдяки підвищенню рівня психологічної грамотності ці інструменти допомагають сім'ям бути активними учасниками реабілітаційного процесу.

Ефективність таких заходів визнана багатьми дослідженнями, зокрема RAND Corporation та науковими центрами при VA у Сполучених Штатах. Виявлено, що залучення сімей до реабілітаційного процесу може збільшити його успішність до 40%. Це пов'язано з тим, що сім'я виступає як «соціальний клей», що утримує ветерана в періоди криз, та як «система раннього попередження», яка може помітити ознаки погіршення стану значно раніше за фахівців. Це позитивно позначається на процесі подолання ПТСР, зменшує рівень розлучень, покращує психоемоційний стан дітей ветеранів і сприяє швидкій соціальній

адаптації самого ветерана. Таким чином, підтримка сімейної реінтеграції є не лише проявом людяності, а й ефективним інструментом соціального розвитку.

Суспільна інтеграція: розбудова інклюзивного середовища.

Процес суспільної інтеграції є завершальною, проте принципово значущою стадією реінтеграції ветеранів, що перебуває в прямій залежності від готовності громади сприймати цих осіб як повноцінних членів суспільства, руйнуючи упередження та формуючи умови для їхнього всебічного залучення до громадського життя. Ця інтеграція спирається на взаємно пов'язані аспекти: з одного боку, вона вимагає адаптації самих ветеранів, а з іншого — фундаментальної зміни суспільних установок та свідомості.

1. Подолання соціальних стигм і стереотипів.

Один із ключових викликів на шляху до повної суспільної інтеграції полягає у подоланні соціальних стигм і стереотипного сприйняття ветеранів. Особливу складність становить ставка на стигматизацію психологічних травм та асоціювання ветеранів із низкою негативних образів, таких як «небезпечна», «непередбачувана» чи «зламана» особистість. Ефективне вирішення цієї проблеми передбачає реалізацію комплексних та довготермінових заходів:

Інформаційні кампанії щодо підвищення обізнаності про ПТСР та психологічне здоров'я. Масштабні комунікаційні зусилля мають бути спрямовані на популяризацію знань про посттравматичний стресовий розлад як закономірну реакцію на екстремальні обставини. Медіаактивності та просвітницькі ініціативи у соціальних мережах повинні підкреслювати важливість звернення за психологічною допомогою як вияву відповідального ставлення до власного здоров’я, а не як ознаки слабкості.

Залучення засобів масової інформації до формування об’єктивного уявлення про ветеранів. У цьому контексті медіа мають виступати стратегічними партнерами у поширенні позитивних історій про реабілітацію, досягнення у професійній діяльності чи внесок у розвиток громадянського суспільства. Важливо створювати документальні фільми, публікувати інтерв’ю чи спеціальні

репортажі, що сприятимуть формуванню людяного й емпатичного образу ветерана у суспільній свідомості.

Акцент на публічних історіях успіху. Для підвищення ефективності інформативних заходів необхідно залучати відомих представників громадських кіл, видатних митців або спортсменів, які відкрито діляться власним досвідом подолання психологічних труднощів чи активно підтримують ветеранську спільноту. Подібні приклади не лише зміцнюють позитивний імідж ветеранів, але й мотивують інших до співучасті у процесах підтримки та інтеграції.

2. Розвиток громадських ініціатив та спільнотної інфраструктури.

Одним із найефективніших шляхів досягнення взаєморозуміння між ветеранами й цивільними є створення доступних соціальних платформ, що об’єднують їх навколо спільних інтересів. Такі заходи сприяють зміцненню соціальних зв’язків і створенню сприятливого середовища для інтеграції.

Спортивні клуби та адаптивні секції для ветеранів відіграють важливу роль у фізичній реабілітації, відновленні командного духу, зменшенні рівня стресу та розвитку соціальних зв’язків. Спільні заходи, такі як марафони, турніри з волейболу сидячи, запливи чи заняття бойовими мистецтвами, слугують природним майданчиком для неформального спілкування. Вони допомагають долати упередження та бар’єри між ветеранами та цивільним населенням.

Мистецькі й літературні майстерні також мають значний терапевтичний потенціал. Завдяки арт-терапії, письменницьким та музичним заняттям ветерани отримують ефективний спосіб невербального вираження непростого досвіду, який часто важко передати словами. Спільна участь у мистецьких проектах, виставках чи літературних вечорах дозволяє цивільним побачити глибину внутрішнього світу ветеранів, розглядати їх насамперед через творчість, а не через травматичний досвід.

Волонтерська діяльність надає ветеранам можливість повернутися до активного життя, працюючи на користь суспільства. Учасники таких програм займаються ліквідацією наслідків стихійних лих, допомогою людям похилого віку чи наставництвом для молоді. Це дає їм відчуття своїх можливостей і

значущості та змінює їх образ у суспільстві — від «тих, кому допомагають» до «тих, хто допомагає». Такий підхід будує рівноправні стосунки між ветеранами й громадянами, сприяючи їхній інтеграції.

Отже, процес соціальної інтеграції ветеранів вимагає комплексного підходу, у якому мають брати участь держава, ЗМІ та громадський сектор. Основною метою є формування середовища, де ветеранів не розглядають як «проблему» чи «об’єкт піклування», а сприймають як активних і гідних членів суспільства, чий досвід і навички становлять важливий ресурс для розвитку громади загалом. Це вимагає переходу від патерналістської моделі («ми вам допомагаємо») до моделі партнерства («ми розвиваємося разом»), де ветерани стають суб'єктами власного відновлення та агентами змін у суспільстві.

ВИСНОВКИ

Відповідно до мети та сформульованих завдань на початку дослідження нами було зроблено наступні висновки.

1. Проведений у першому розділі теоретичний аналіз дав змогу глибше осмислити сутність посттравматичного стресового розладу як складного психофізіологічного явища, що формується внаслідок впливу екстремальних, травматичних подій. ПТСР характеризується тривалими емоційними, когнітивними та поведінковими змінами, які суттєво впливають на здатність людини до соціального функціонування. У ході дослідження узагальнено наукові підходи до розуміння природи розладу — від класичних клініко-психологічних концепцій до сучасних нейропсихологічних і когнітивно-поведінкових теорій, що дозволило розкрити його багатовимірний характер.

Аналіз літератури засвідчив, що ПТСР не обмежується лише психологічною сферою, а є комплексним розладом, який зачіпає фізіологічні, емоційні та соціальні аспекти життя. Військовослужбовці, які зазнали впливу бойових дій, стикаються з проявами гіпервигільності, тривожності, депресії, агресивності, уникнення соціальних контактів і порушенням емоційної регуляції. У цьому контексті особливого значення набуває своєчасна діагностика та надання професійної психологічної підтримки, яка враховує індивідуальні особливості, рівень стресостійкості та ресурсність особистості.

Окрему увагу приділено аналізу сучасних підходів до реабілітації осіб із ПТСР. Визначено, що ефективна допомога військовим ґрунтується на поєднанні когнітивно-поведінкової, психодинамічної, гуманістичної, тілесно-орієнтованої терапії, а також методів EMDR, арт- і музикотерапії, групових форм підтримки. Доведено, що ключовою умовою успішної реабілітації є комплексність підходу — інтеграція медичних, психологічних та соціальних заходів, спрямованих на відновлення цілісності особистості, підвищення рівня адаптації та повернення до повноцінного життя. Таким чином, розділ 1 заклав науково-теоретичне підґрунтя для подальшого вивчення психологічних особливостей проявів ПТСР та

розроблення ефективних програм реабілітаційної допомоги військовослужбовцям.

2. Проведене емпіричне дослідження дозволило комплексно оцінити психологічний стан військовослужбовців, які перебувають на етапі реабілітації, та виявити закономірності прояву посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Використання взаємодоповнюючих діагностичних методик — Trauma Screening Questionnaire (TSQ), короткої та повної форм шкали PCL-5 — забезпечило багаторівневу діагностику, що дозволила виявити не лише наявність симптомів, а й ступінь їх вираженості, структуру та динаміку.

Результати показали, що понад 70% обстежених військовослужбовців мають симптоми ПТСР різного ступеня тяжкості, з них 34,2% — клінічно значущі прояви, які потребують спеціалізованої психотерапевтичної допомоги. Аналіз даних засвідчив наявність у респондентів типових проявів травматизації: повторних переживань травматичних подій, підвищеної збудливості, тривожності, емоційної відчуженості, розладів сну, а також тенденції до соціальної ізоляції. Підтверджено, що рівень психічного напруження та глибина симптомів залежать від тривалості перебування в зоні бойових дій, інтенсивності пережитих травм і наявності підтримки з боку родини та соціуму.

Отримані результати підкреслюють нагальну потребу у впровадженні систематичного психологічного моніторингу військовослужбовців після участі в бойових діях. Скринінгові методики TSQ і коротка форма PCL-5 довели свою ефективність на етапі первинного виявлення осіб із ризиком розвитку ПТСР, що робить їх доцільними для використання у військових частинах, медичних установах і центрах психологічної реабілітації. Разом із тим, повна версія шкали PCL-5 залишається «золотим стандартом» для поглибленої клінічної діагностики та розроблення індивідуальних програм психокорекції.

Таким чином, результати другого розділу підтверджують, що проблема ПТСР серед військових є масштабною та системною, а процес реадаптації потребує не лише медичного втручання, а й комплексної психологічної підтримки. Важливо забезпечити ранню діагностику, постійний психологічний

супровід та індивідуалізовані програми реабілітації, спрямовані на відновлення емоційної стабільності, розвиток стресостійкості й повернення військовослужбовців до активного соціального життя.

3. Результати свідчать, що ефективна система підтримки має ґрунтуватися на комплексному поєднанні психологічних, медичних, соціальних та технологічних підходів. У дослідженні доведено, що методи віртуальної експозиційної терапії (VRET), нейрофідбеку, транскраніальної магнітної стимуляції (ТМС) та анімалотерапії демонструють високу клінічну ефективність у зменшенні симптомів ПТСР, покращенні когнітивних функцій, емоційної стабільності та соціальної адаптації ветеранів. Використання цих технологій не лише прискорює процес відновлення, але й підвищує його стійкість у довгостроковій перспективі, що підтверджено результатами міжнародних метааналізів та практичних досліджень.

Порівняння систем реабілітації країн НАТО показало суттєве відставання України за рівнем фінансування, інфраструктури, доступності та якості послуг. У той час як моделі США та Ізраїлю характеризуються раннім втручанням, розгалуженою мережею центрів, телемедичними послугами та довічним супроводом ветеранів, українська система лише перебуває на етапі становлення. Проте, досвід цих країн може стати основою для створення національної моделі, орієнтованої на принципи інтегрованості, персоналізації та міжвідомчої взаємодії. Важливим кроком є розроблення єдиного реєстру ветеранів, розширення мережі регіональних центрів психологічної допомоги, а також впровадження державних стандартів оцінки ефективності реабілітаційних програм.

У завершальній частині розділу розкрито багатовимірність процесу соціальної реінтеграції, який виходить за межі медичної реабілітації. Вона включає психологічну, професійну, сімейну та суспільну адаптацію ветеранів. Повернення до цивільного життя потребує не лише внутрішніх ресурсів особистості, а й підтримки з боку держави, громади та сім’ї. Розвиток програм професійної перепідготовки, підтримки підприємництва, системи квотування на

працевлаштування та сімейного консультування є ключовими чинниками успішної інтеграції. Формування позитивного суспільного ставлення до ветеранів, подолання стигм і розбудова інклюзивного середовища — це не лише моральний обов'язок держави, а й стратегічний ресурс соціальної стабільності та національної безпеки.

Отже, результати розділу 3 підтверджують необхідність створення в Україні єдиної державної системи реабілітації ветеранів, заснованої на поєднанні інноваційних методів, міжнародного досвіду та активної участі громадянського суспільства. Реалізація запропонованих підходів забезпечить не лише відновлення психічного здоров'я ветеранів, але й сприятиме формуванню соціально активного, інтегрованого середовища, у якому досвід захисників стане потужним ресурсом розвитку держави.

Проведене дослідження дозволило комплексно розкрити теоретичні, емпіричні та практичні аспекти надання реабілітаційної допомоги військовослужбовцям із посттравматичним стресовим розладом. У роботі доведено, що ПТСР є складним багаторівневим феноменом, який потребує системного підходу до діагностики, лікування та соціальної підтримки. Результати емпіричного аналізу засвідчили високу поширеність симптомів ПТСР серед ветеранів, що зумовлює потребу у впровадженні раннього виявлення та індивідуалізованих програм реабілітації.

Обґрунтовано ефективність інноваційних методів, таких як віртуальна експозиційна терапія, нейрофідбек, транскраніальна стимуляція та анімалотерапія, а також визначено можливості адаптації успішних моделей країн НАТО в Україні. Встановлено, що ключовою умовою повноцінного відновлення ветеранів є поєднання медичної, психологічної та соціальної реабілітації з подальшою професійною і сімейною інтеграцією.

У підсумку, реалізація комплексної національної системи підтримки ветеранів з урахуванням міжнародного досвіду стане важливою передумовою відновлення людського потенціалу, соціальної згуртованості та стійкого розвитку українського суспільства.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Асєєва Ю. О., Аймедов К. В., Яцишина А. М. Визначення поняття ПТСР у військових: теоретичні основи, клінічні прояви та фактори ризику. *Ментальне здоров'я.* 2024. Вип. 2. С. 8–17.

2. Бірук Л. М. Особливості використання арттерапії в реабілітації військовослужбовців : магістерська робота. Луцьк : Волинський національний університет імені Лесі Українки, 2024. 55 с.

3. Бондаренко Н. В., Галицький В. П. Різноманітність реакцій на травматичні події. *Український психологічний журнал.* 2022. № 4(1). С. 28–37.

4. Борисова О. О. Психоедукаційні моделі в процесі психореабілітації учасників бойових дій: поняття та функції, приклад. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія.* 2023. Вип. 3. С. 7–12.

5. Вінс В. А., Горбенко І. В., Кузьменко Т. М. Психотерапевтичні засади роботи з клієнтами на різних етапах травмування. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права.* 2022. Вип. 3. С. 91–96.

6. Волков К. Травматичний досвід: історична експлікація вивчення в психології. *Психологічні перспективи.* 2023. Вип. 41. С. 55–73.

7. Галич М. Ю., Литвин В. В. Загальна характеристика посттравматичного стресового розладу в умовах воєнного часу: діагностика та профілактика. *Юридична психологія.* 2022. № 1(30). С. 22–28.

8. Гончаренко Н. А., Іванов М. І. Сучасні методики лікування ПТСР: ефективність і перспективи. *Український психотерапевтичний журнал.* 2012. № 7(3). С. 100–112.

9. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В., Ткаченко В. В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.

10. Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Олійник В. О., Хоружий С. М., Ларіонов С. О., Сириця М. В. Особливості надання психологічної допомоги

військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами. Київ : 7ВС, 2023.

11. Кравченко О.М., Василенко В.І. Структура симптомів ПТСР: детальний аналіз. *Український журнал клінічної психології*, 2017. №5(2), 30-42.

12. Кущ А. М. Особливості прояву психологічних травм військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях : магістерська робота. Запоріжжя : Запорізький національний університет, 2023.

13. Лахтаріна Ю. С. Психологічна підтримка військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом : магістерська робота. Суми : Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка, 2020.

14. Міністерство охорони здоров'я України. Звіт про стан психічного здоров'я ветеранів в Україні. Київ, 2023.

15. Міхеєва Л. В., Олійник М. П. Емпіричне дослідження психологічних особливостей прояву ПТСР у військовослужбовців. *Психологічні тревелоги.* 2023. № 4(7). С. 123–129.

16. Ободовська Л., Шавровська Н. Посттравматичний стресовий розлад: особливості психологічного супроводу. Науковий процес та наукові підходи: методика та реалізація досліджень : матеріали Міжнар. конф. (Одеса, 23 жовт. 2020 р.). Одеса, 2020. С. 89–91.

17. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посіб. / за заг. ред. Н. Пророк. Т. 1. Київ, 2018. 208 с.

18. Павлик Н. В. Психологічна адаптація особистості в екстремальних умовах військової діяльності. *Збірник наукових праць Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України.* 2005. Т. 8, № 4. С. 37–41.

19. Савченко О. В. Інструментальне забезпечення реалізації рефлексивності як загальної здібності особистості. *Актуальні проблеми психології.* 2015. Т. VI, вип. 11. С. 234–244.

20. Салюк М. А., Меркулов М. М. Психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *Молодий вчений.* 2024. № 4(128). С. 114–119.

21. Стрепєтова В. А. Специфіка посттравматичного зростання військовослужбовців. Особистість, суспільство, війна : тези доповідей учасників міжнародного психологічного форуму. Харків : Харків. нац. ун-т внутр. справ, 2023. С. 207–210.

22. Туріна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Київ : ДП «Вид. дім “Персонал”», 2017. 160 с.

23. Центр стратегічних комунікацій та інформаційної безпеки. Аналітична довідка про систему психологічної реабілітації ветеранів в Україні. Київ, 2023.

24. Цихоня В. Пам’ятка про посттравматичний стресовий розлад. *Мистецтво лікування.* 2014. № 7(8). С. 57–58.

25. Шелкошвеєв І. В., Солохіна Л. О. Організація комплексу психологічної допомоги учасникам бойових дій в умовах сучасної війни. Особистість, суспільство, війна : тези доповідей учасників міжнародного психологічного форуму (Харків, 7 квіт. 2023 р.). Харків : МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ, 2023. 262 с.

26. Шиліна А. А. Особливості професійної діяльності працівників Національної поліції в умовах війни. Особистість, суспільство, війна : тези доповідей учасників міжнародного психологічного форуму (Харків, 7 квіт. 2023 р.). Харків : МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ, 2023. С. 252–255.

27. Широких А., Пантелеймонова Н. Психологічна підтримка військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. *Психологія: реальність і перспективи.* 2024. № 23. С. 187–194.

28. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC : American Psychiatric Association, 2013.

29. American Veterinary Medical Association. *Animal-assisted therapy: guidelines and best practices.* Schaumburg, IL: American Veterinary Medical Association, 2015.

30. Applied Psychophysiology and Biofeedback. Efficacy of Neurofeedback in the Treatment of PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis. 2023. Vol. 48(3). P. 190–205.

31. Breslau N., Davis G. C., Schultz L. R. Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have experienced trauma. Archives of General Psychiatry. 2017. 64(5). P. 505–512.

32. Brevik I. J., Dalland C. P., Skogstad L. et al. The role of social support in the association between PTSD and somatic symptom severity: A study of Norwegian women exposed to sexual violence. BMC Psychology. 2019. 7(1). P. 48.

33. Brewin C. R., Rose S., Andrews B., Green J., Tata P., McEvedy C., Turner S., Foa E. B. Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*. 2002. Vol. 181. P. 158-162.

34. Cochrane Database of Systematic Reviews. Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) for Post-Traumatic Stress Disorder. 2023. Issue 2.

35. Congressional Research Service. U.S. Veterans Health Administration: Overview and Selected Issues. Washington, DC, 2023.

36. Corneliusson O., Holmberg S., Karlsson M., Carlsson J., Östlund J. PTSD following childbirth: Prevalence and contributing factors among Swedish women. Birth. 2018. 45(3). P. 309–317.

37. Courtois C. A. Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. Journal of Trauma & Dissociation. 2004. 5(3). P. 39–61.

38. Elklit A., Petermann F. Prevalence of PTSD and depression in a Danish youth risk behavior sample. Journal of Child and Adolescent Trauma. 2020. 13(2). P. 197–203.

39. Folkman S., Moskowitz J. T. Coping: Pitfalls and Promise. Annual Review of Psychology. 2004. Vol. 55. P. 743–774.

40. Herman J. Trauma and Recovery. New York : BasicBooks, 1992.

41. Israel Ministry of Defense – Rehabilitation Department. Veterans Rehabilitation and Reintegration Report 2023. Tel Aviv, 2023.

42. Journal of Psychiatric Research. Canine-Assisted Therapy for Veterans with PTSD. 2023. Vol. 157. P. 25–39.

43. Jung Y. E., Min J. A., Shin A. Y., Han S. Y., Lee K. U., Kim T. S. The impact of psychological factors on posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. Yonsei Medical Journal. 2020. 61(1). P. 8–17.

44. Kinchin D. A Guide to Psychological Debriefing: Managing Emotional Decompression and Post-Traumatic Stress Disorder. London : Jessica Kingsley Publishers, 2007.

45. NATAL: Israel Trauma and Resiliency Center. Annual Impact Report 2023. Tel Aviv, 2023.

46. National Center for PTSD. Annual Report 2023. Department of Veterans Affairs, Washington, DC, 2023.

47. National Institute of Mental Health. Post-Traumatic Stress Disorder. Bethesda, MD : National Institute of Mental Health, 2019.

48. OECD. Veteran Reintegration and Mental Health Services: Comparative Analysis (U.S., U.K., Israel, Ukraine). Paris, 2024.

49. Resick P. A., Wachen J. S., Mintz J. et al. A randomized clinical trial of group cognitive processing therapy compared with group present-centered therapy for PTSD among active duty military personnel. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2017. 85(6). P. 1180–1196.

50. Rothbaum, B. O., et al. Virtual Reality Exposure Therapy for PTSD: A Meta-Analysis. Journal of Traumatic Stress. 2023. Vol. 36(4). P. 567–584.

51. Shay J. Achilles in Vietnam: Combat Trauma and the Undoing of Character. New York : Scribner, 1994.

52. U.S. Department of Veterans Affairs. Budget Submission for Fiscal Year 2024. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 2023.

53. University of California, VA Medical Center. Animal-Assisted Therapy for Combat Veterans: Neurobiological and Behavioral Outcomes. 2023.

54. Van der Kolk B. A. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. New York : Viking, 2014.

55. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 11th ed. Geneva : World Health Organization, 2018.

56. Yehuda R. Post-traumatic stress disorder. N Engl J Med. 2002;346(2):108-114.

ДОДАТКИ

Додаток А

Травматичний скринінг-опитувальник (Trauma Screening Questionnaire, TSQ)
адаптація Брюїн К.Р. та співавт., 2001

Інструкція: Вкажіть, чи стикалися ви з будь-якими з перелічених відчуттів принаймні двічі за останній тиждень. Відповіді «Так» або «Ні».

1. Чи виникали у вас нав’язливі спогади про травматичну подію, які втручалися у ваші думки?

2. Чи бачили ви неприємні сни про травматичну подію?

3. Чи було у вас відчуття, що травматична подія повторюється («флешбеки», враження присутності)?

4. Чи відчували ви розгубленість, тривогу або страх через щось, що нагадувало травматичну подію?

5. Чи переживали ви фізичні реакції (зокрема пітливість, прискорене серцебиття, нудоту), пов’язані з нагадуванням про травматичну подію?

6. Чи спостерігалися у вас проблеми із засинанням чи переривчастим сном?

7. Чи стали ви більш дратівливими або часто відчували спалахи гніву?

8. Чи виникали труднощі з концентрацією уваги?

9. Чи постійно перебували у стані настороженості, очікуючи небезпеки?

10. Чи відчували нервозність або легко лякалися?

Інтерпретація результатів Травматичного скринінг-опитувальника (TSQ)

Процедура оцінювання: За кожну відповідь «Так» нараховується 1 бал. Загальний бал вираховується шляхом додавання всіх позитивних відповідей.

Критерії оцінки:

0-5 балів: Низький ризик ПТСР. Симптоми, якщо і присутні, не досягають клінічно значущого рівня. Рекомендується періодично моніторити стан.

6 балів і більше: Високий ризик ПТСР. Наявність клінічно значущих симптомів, які відповідають діагностичним критеріям. Необхідно звернутися до кваліфікованого фахівця (психолога або психіатра) для повного обстеження і отримання професійної допомоги.

Додаток Б

Скорочена форма опитувальника PCL-5 (4 питання) адаптація Везерс Ф.В. та співавт., 2019

Інструкція: Нижче наведено перелік труднощів та скарг, які можуть виникати після пережиття травматичної події. Оцініть, наскільки кожне з питань хвилювало вас упродовж останнього місяця, обравши цифру від 0 до 4.

Шкала оцінювання:

0 - Зовсім не турбувало

1 - Трохи турбувало

2 - Помірно турбувало

3 - Досить сильно турбувало

4 - Надзвичайно сильно турбувало

1. Повторне переживання: чи були у вас небажані тривожні спогади про стресові події?

2. Уникнення: чи прагнули ви уникати думок, почуттів або спогадів про стресові події?

3. Негативні зміни: чи виникало почуття віддаленості або відчуження від інших людей?

4. Підвищена збудливість: чи мали ви труднощі зі сном або засинанням?

Інтерпретація результатів Скороченої форми опитувальника PCL-5 (4 питання)

Процедура оцінювання: Підсумовуються бали кожного пункту (від 0 до 4), що дає загальний результат.

Критерії оцінки:

0-5 балів: Незначний ризик ПТСР. Симптоматика або відсутня, або виражена мінімально.

6-9 балів: Помірний ризик. Є окремі симптоми, які можуть викликати дистрес. Для уточнення стану рекомендована повна діагностика.

10 балів і більше: Високий ризик. Імовірність наявності клінічно значущого ПТСР є високою. Необхідна консультація спеціаліста для діагностики з використанням повної версії PCL-5.

Додаток В

Повна форма опитувальника PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5) адаптація Везерс Ф.В. та співавт., 2013

Інструкція: Перелічені нижче труднощі та скарги можуть виникати після пережиття травматичної події. Оцініть, наскільки кожне питання турбувало вас за останній місяць, використовуючи шкалу від 0 до 4.

Шкала оцінювання:

0 - Зовсім не турбувало

1 - Трохи турбувало

2 - Помірно турбувало

3 - Досить сильно турбувало

4 - Надзвичайно сильно турбувало

Інтерпретація результатів Повної форми опитувальника PCL-5 (20 питань)

Процедура оцінювання: Загальний показник тяжкості симптомів ПТСР визначається шляхом підсумування балів за всіма пунктами (від 0 до 4). Додатково проводиться аналіз результатів за чотирма симптоматичними кластерами:

Кластер B (питання 1–4): Повторне переживання травматичних подій.

Кластер C (питання 5–6): Уникнення ситуацій, що асоціюються з травмою.

Кластер D (питання 7–13): Негативні зміни у мисленні й настрої.

Кластер E (питання 14–19): Підвищена збудливість та надмірна реактивність.

Критерії оцінки загального показника:

0-32 бали: Клінічно незначущий рівень симптомів. Такий стан не відповідає критеріям діагнозу ПТСР, хоча окремі симптоми можуть бути присутніми без суттєвого впливу на функціонування.

33 бали і більше: Клінічно значущі симптоми ПТСР, які відповідають діагностичним критеріям DSM-5. Необхідна комплексна консультація та лікування у спеціаліста з питань психічного здоров’я.

StrikePlagiarism.com

Дата звіту 12/2/2025
Дата редагування ---

Звіт не був оцінений

Звіт подібності

Метадані

Назва організації
Melitopol State Pedagogical University named after B.Khmelnytskyi
Заголовок
Міхєєва_Анна_магістерська_робота
Автор Науковий керівник / Експерт
МіхєєваАннаОлександр Непша
підрозділ
Melitopol State Pedagogical University named after B.Khmelnytskyi

Обсяг знайдених подібностей

Коефіцієнт подібності визначає, який відсоток тексту по відношенню до загального обсягу тексту було знайдено в різних джерелах. Зверніть увагу, що високі значення коефіцієнта не автоматично означають плагіат. Звіт має аналізувати компетентна / уповноважена особа.



КП 1



КЦ

12793
Кількість слів

102819
Кількість символів