МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

Одеський державний університет внутрішніх справ
Факультет

Кафедра психології та педагогіки

«ПСИХОЛОГІЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯ: ОСОБЛИВОСТІ РЕАДАПТАЦІЇ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ»

кваліфікаційна робота
здобувача вищої освіти 2 курсу
заочної форми навчання
спеціальності «Психологія»
Лазеревої Інни Леонідівни

Науковий керівник –
доцент
кандидат психологічних наук
Смірнова Ольга Михайлівна

Рецензент

Кваліфікаційна робота допущена до захисту
«___» _____ 20___ р., протокол № ___
завідувач (начальник) кафедри __
_____
науковий ступінь, вчене звання
_____**ПІБ** завідувача (начальника) кафедри
(підпис)

Одеса – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП 3

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯ 6

1.1. Психологічна структура особистості військовослужбовця (цінності, мотивація, тип темпераменту, рівень тривожності) 6

1.2. Психічні стани у бойових і стресових умовах: стрес, страх, бойова готовність, емоційне вигорання 11

1.3. Теоретичні моделі реадаптації (когнітивно-біхевіоральна, екзистенційна, травма-орієнтована, системна) 16

1.4. Роль психологічної підтримки, реабілітаційних центрів і соціального оточення в адаптації військовослужбовців 22

РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАДАПТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ (ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ) 27

2.1. Організація та вибірка дослідження (кількість учасників, умови, критерії добору) 27

2.2. Використані методики та процедури збору даних 31

2.3. Аналіз отриманих результатів 36

2.4. Інтерпретація результатів та порівняння з теоретичними моделями 45

РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ТА ПРАКТИЧНІ ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ РЕАДАПТАЦІЇ 50

3.1. Принципи ефективної реадаптації: гуманістичний підхід, підтримка спільноти, самоусвідомлення, прийняття травматичного досвіду 50

3.2. Розробка програми психологічної підтримки (індивідуальна та групова робота) 55

3.3. Практичні рекомендації для психологів, командирів, родичів військовослужбовців 59

3.4. Перспективи подальших досліджень у сфері психологічної реабілітації військовослужбовців 63

ВИСНОВКИ 68

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 71

ДОДАТКИ 77

ВСТУП

Актуальність дослідження психологічних особливостей реадаптації військовослужбовців під час воєнного стану зумовлена безпрецедентними викликами, перед якими опинилася українська держава та її захисники з початку широкомасштабної агресії. Збройний конфлікт високої інтенсивності створює специфічні умови для формування психологічних травм, порушень адаптаційних механізмів та розвитку посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців. За даними Міністерства охорони здоров'я України, близько сорока п'яти відсотків військових, які повертаються із зони бойових дій, потребують психологічної допомоги різного рівня інтенсивності. Водночас існуюча система психологічної підтримки не завжди враховує специфіку реадаптаційних процесів саме в умовах тривалого воєнного стану, коли військовослужбовці перебувають у стані постійної мобілізаційної готовності та циклічно повертаються до виконання бойових завдань.

Проблематика психологічної реадаптації військовослужбовців активно досліджується в українській психологічній науці. Зокрема, науковець Тімченко Олександр досліджував синдром посттравматичного стресового розладу в контексті сучасних збройних конфліктів, Корольчук Марія аналізувала психофізіологічні основи професійної діяльності військовослужбовців в екстремальних умовах, а Кокун Олег систематизував підходи до психологічної роботи з учасниками бойових дій. Водночас роботи Алещенка Валерія, Караман Олега та Колесніченка Олени присвячені особливостям соціально-психологічної адаптації ветеранів. Дослідження Гундертайло Юлії розкривають гендерні аспекти психологічної травматизації в умовах війни, тоді як Маркова Михайла зосереджується на екзистенційних вимірах переживання бойового досвіду. Попри значну кількість наукових розвідок, недостатньо вивченими залишаються саме особливості реадаптації під час воєнного стану, коли процес повернення до мирного життя

ускладнюється продовженням загрози та необхідністю збереження бойової готовності.

Проблема дослідження полягає у виявленні та науковому обґрунтуванні специфічних психологічних механізмів, що забезпечують успішну реадаптацію військовослужбовців в умовах триваючого збройного конфлікту, коли традиційні моделі посттравматичної адаптації виявляються недостатньо ефективними через відсутність чіткої межі між воєнним та мирним періодом життя.

Мета дослідження полягає у визначенні психологічних особливостей реадаптації військовослужбовців під час воєнного стану та розробленні науково обґрунтованих рекомендацій щодо оптимізації цього процесу з урахуванням специфіки тривалого збройного конфлікту.

Об'єктом дослідження є психологічні процеси та стани військовослужбовців у період воєнного стану, які визначають їхню здатність до збереження психічного здоров'я та функціональної ефективності в екстремальних умовах.

Предмет дослідження становлять особливості психологічної реадаптації військовослужбовців після виконання бойових завдань в умовах триваючого воєнного стану, зокрема динаміка емоційно-вольової, когнітивної та соціальної сфер особистості.

Завдання дослідження включають:

1. проведення комплексного аналізу теоретичних підходів до проблеми психологічної реадаптації військовослужбовців у сучасній українській та світовій психологічній науці,
2. визначення провідних чинників, що впливають на успішність реадаптаційного процесу в специфічних умовах воєнного стану,
3. емпіричне дослідження особливостей емоційно-вольової, когнітивної та соціальної сфери військових після виконання бойових завдань,
4. розроблення комплексної програми психологічної підтримки та реабілітації з урахуванням виявлених закономірностей.

Теоретична значущість дослідження визначається систематизацією наукових уявлень про специфіку психологічної реадаптації в умовах воєнного стану, розширенням концептуальних основ військової психології через інтеграцію травма-орієнтованого, когнітивно-біхевіорального та екзистенційного підходів, а також поглибленням розуміння механізмів психологічної стійкості та посттравматичного зростання особистості в екстремальних умовах.

Практична значущість полягає у можливості застосування результатів дослідження для вдосконалення системи психологічного супроводу військовослужбовців, розроблення ефективних реабілітаційних програм для центрів психологічної підтримки, формування рекомендацій для психологів, командирів підрозділів та членів родин військовослужбовців щодо оптимізації процесу реадаптації.

Методи дослідження включають теоретичні методи аналізу, синтезу та узагальнення наукової літератури з проблематики військової психології, емпіричні методи анкетування, психодіагностичного тестування з використанням стандартизованих методик, зокрема Міннесотського багатофакторного особистісного опитувальника, Шкали резильєнтності Коннора-Девідсона, Опитувальника копінг-стратегій, методів спостереження та структурованого інтерв'ю, а також статистичні методи обробки даних, включаючи кореляційний та факторний аналіз.

Структура дослідження представлена вступом, трьома розділами, висновками, списком використаних джерел та додатками, що забезпечує логічну послідовність викладення матеріалу від теоретичного обґрунтування проблеми до емпіричної верифікації та практичних рекомендацій.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯ

1.1. Психологічна структура особистості військовослужбовця (цінності, мотивація, тип темпераменту, рівень тривожності)

Психологічна структура особистості військовослужбовця є складним багатокомпонентним утворенням, що визначає специфіку його професійної діяльності в екстремальних умовах та здатність ефективно виконувати покладені завдання. Розуміння цієї структури є необхідною передумовою для створення ефективних програм психологічної підготовки, супроводу та реабілітації військових. На відміну від цивільних професій, військова служба висуває особливі вимоги до психологічних якостей особистості, оскільки передбачає постійну готовність до ризику, необхідність прийняття рішень в умовах невизначеності та загрози життю, тривале перебування у стресогенному середовищі та високу відповідальність за результати діяльності.

Ціннісна сфера особистості військовослужбовця формується під впливом як загальнолюдських, так і специфічних військово-професійних цінностей. До базових цінностей, що мотивують вступ на військову службу та подальшу професійну діяльність, належать патріотизм, почуття обов'язку перед державою та суспільством, прагнення до захисту національних інтересів та територіальної цілісності країни. Дослідження показують, що найбільш психологічно стійкими виявляються ті військовослужбовці, чия ціннісна система включає не лише зовнішні мотиватори, такі як матеріальна винагорода чи соціальний статус, але й внутрішні переконання щодо важливості та сенсу військової служби [7]. Внутрішня мотивація створює міцніший фундамент для подолання труднощів та зберігання психологічної цілісності в екстремальних ситуаціях, оскільки надає діяльності особистісного сенсу, що виходить за межі виконання формальних обов'язків.

Система військових цінностей включає такі компоненти, як честь, гідність, вірність військовій присязі, товариство по зброї, дисципліна та субординація. Ці цінності не є абстрактними поняттями, а виступають регуляторами щоденної поведінки та прийняття рішень у складних морально-етичних ситуаціях, які неминуче виникають під час виконання бойових завдань. Особливо важливим є поняття військового товариства, яке створює міцні соціальні зв'язки всередині підрозділу та формує почуття взаємної відповідальності, що є критично важливим для збереження боєздатності в екстремальних умовах [21]. Трансформація ціннісної сфери під впливом бойового досвіду часто призводить до переоцінки пріоритетів, коли на перший план виходять базові екзистенційні цінності життя, безпеки близьких людей та збереження власної ідентичності.

Мотиваційна сфера військовослужбовця є динамічним утворенням, що змінюється залежно від етапу професійного становлення, специфіки виконуваних завдань та накопиченого досвіду. На початкових етапах військової служби домінують мотиви самореалізації, прагнення до випробування власних можливостей, романтизовані уявлення про військову службу та бажання отримати престижну професію. Проте реальний досвід служби, особливо в умовах бойових дій, суттєво трансформує мотиваційну структуру. Дослідження психологічних особливостей військовослужбовців Десантно-штурмових військ Збройних Сил України свідчать про те, що психологічна готовність до виконання завдань за призначенням тісно пов'язана з усвідомленням важливості та необхідності власної діяльності для досягнення загальної мети [7]. Військовослужбовці, які чітко розуміють сенс своїх дій у контексті захисту держави та збереження життів цивільного населення, демонструють вищу мотивацію та стійкість до стресових чинників.

Важливим аспектом мотиваційної сфери є співвідношення зовнішньої та внутрішньої мотивації. Зовнішня мотивація включає матеріальне забезпечення, соціальні гарантії, можливості кар'єрного зростання, визнання з боку командування та суспільства. Внутрішня мотивація базується на

ціннісних переконаннях, інтересі до військової справи, прагненні до професійного вдосконалення та реалізації власного потенціалу. Оптимальним є баланс між цими типами мотивації, коли зовнішні стимули підкріплюють внутрішні спонукання, створюючи стійку мотиваційну структуру [27]. В умовах тривалого воєнного стану, коли зовнішні мотиватори можуть втрачати свою актуальність через об'єктивні обставини, саме внутрішня мотивація стає вирішальним чинником збереження професійної активності та психологічної стійкості.

Темперамент як природно зумовлена характеристика психіки відіграє істотну роль у визначенні індивідуального стилю військово-професійної діяльності та схильності до певних типів стресових реакцій. Традиційна типологія темпераментів, що включає сангвінічний, холеричний, флегматичний та меланхолійний типи, зберігає свою актуальність для аналізу поведінки військовослужбовців в екстремальних ситуаціях. Сангвініки характеризуються високою адаптивністю, швидкістю переключення уваги, оптимізмом та здатністю швидко відновлюватися після стресу, що робить їх ефективними у ситуаціях, які вимагають гнучкості та швидкого реагування на зміни обстановки. Холерики демонструють високу енергійність, рішучість та готовність до активних дій, проте можуть бути схильними до імпульсивності та конфліктності в умовах тривалого стресу [26]. Флегматики відзначаються стабільністю емоційних реакцій, витривалістю та здатністю зберігати спокій у критичних ситуаціях, що є цінною якістю для виконання монотонних або довготривалих завдань. Меланхоліки, попри підвищену чутливість до стресових чинників, можуть виявляти високу уважність до деталей, обачність та здатність до глибокого аналізу ситуації.

Важливо наголосити, що жоден тип темпераменту не є абсолютно сприятливим або несприятливим для військової служби. Кожен темперамент має свої сильні та слабкі сторони, які можуть бути оптимально реалізовані за умови правильного професійного відбору та розподілу військовослужбовців за спеціальностями, що відповідають їхнім психофізіологічним особливостям

[8]. Наприклад, холеричний темперамент може бути перевагою для командирів штурмових підрозділів, тоді як флегматичний темперамент більш доречний для операторів складних технічних систем, де потрібна тривала концентрація уваги та емоційна стабільність. Сучасні підходи до підготовки військовослужбовців враховують індивідуально-типологічні особливості та спрямовані на розвиток компенсаторних механізмів, що дозволяють нівелювати потенційні слабкості темпераменту через формування відповідних навичок та стратегій поведінки.

Тривожність як стійка особистісна характеристика суттєво впливає на ефективність діяльності військовослужбовця в екстремальних умовах. Необхідно розрізняти особистісну тривожність як загальну схильність сприймати широке коло ситуацій як загрозливі та ситуативну тривожність як реакцію на конкретну стресову обставину. Оптимальний рівень тривожності забезпечує необхідну мобілізацію ресурсів організму для ефективної діяльності, тоді як як надмірно високий, так і надмірно низький рівні тривожності можуть негативно позначатися на результативності [20]. Високотривожні особи схильні до переоцінки загрози, гіперконтролю ситуації, труднощів у прийнятті рішень та схильності до уникаючої поведінки, що в умовах бойових дій може призводити до зниження ефективності виконання завдань або навіть до небезпечних ситуацій.

Водночас повна відсутність тривожності також є несприятливою характеристикою, оскільки може свідчити про недостатню оцінку реальних ризиків та схильність до необдуманих дій. Дослідження морально-психологічного стану військовослужбовців свідчать про необхідність постійного моніторингу рівня тривожності та своєчасного психологічного втручання при виявленні відхилень від оптимальних показників [20]. Особливо важливим є відстеження динаміки тривожності в процесі виконання бойових завдань, оскільки тривале перебування у стресогенних умовах може призводити до хронічного підвищення базового рівня тривожності, що є одним із симптомів розвитку посттравматичного стресового розладу.

Психологічний супровід військовослужбовців має включати навчання техніками саморегуляції емоційних станів, що дозволяє підтримувати тривожність на оптимальному рівні та запобігати її деструктивному впливу на професійну діяльність.

Психологічна структура особистості військовослужбовця також включає когнітивні компоненти, що забезпечують сприйняття, аналіз та інтерпретацію бойової обстановки. Особливості когнітивного стилю, швидкість та точність обробки інформації, здатність до прийняття рішень в умовах дефіциту часу та невизначеності є критично важливими для ефективної діяльності. Військовослужбовці повинні вміти швидко переключатися між різними завданнями, утримувати в робочій пам'яті великий обсяг інформації та приймати рішення на основі неповних або суперечливих даних. Формування цих когнітивних навичок відбувається як у процесі спеціальної підготовки, так і через накопичення реального бойового досвіду, який створює специфічні когнітивні схеми для розпізнавання типових ситуацій та швидкого вибору оптимальних стратегій дії [19].

Емоційно-вольова сфера особистості військовослужбовця характеризується розвиненими механізмами самоконтролю, здатністю до вольових зусиль та стійкістю емоційних реакцій. Воля як здатність свідомо регулювати власну поведінку, долати внутрішні та зовнішні перешкоди для досягнення мети є фундаментальною характеристикою військового професіоналізму. Вольові якості включають цілеспрямованість, наполегливість, рішучість, витримку, самовладання та дисциплінованість. Ці якості не є вродженими, а формуються та розвиваються в процесі військової підготовки через систематичне виконання складних завдань, що вимагають подолання труднощів та дискомфорту [10]. Емоційна сфера військовослужбовця характеризується здатністю до адекватного емоційного реагування на екстремальні події, що включає як можливість переживання інтенсивних емоцій у критичних ситуаціях, так і здатність до швидкого відновлення емоційної рівноваги після завершення стресової події.

Соціально-психологічні характеристики особистості військовослужбовця визначаються специфікою групової взаємодії в умовах виконання бойових завдань. Здатність до ефективної комунікації, командної роботи, підпорядкування та керівництва є необхідними компонентами професійної компетентності. Військовий колектив характеризується високим рівнем згуртованості, взаємозалежності та солідарності, що формується через спільне переживання екстремальних ситуацій та необхідність покладатися на підтримку товаришів у критичних обставинах. Соціальна ідентичність військовослужбовця включає усвідомлення себе як частини військового колективу, прийняття військових норм та цінностей, що регулюють поведінку в специфічних умовах військової служби [3]. Ця ідентичність може створювати труднощі в процесі реадаптації до цивільного життя, оскільки цінності та норми поведінки, що є адаптивними в бойових умовах, можуть входити в конфлікт з очікуваннями цивільного соціального середовища.

1.2. Психічні стани у бойових і стресових умовах: стрес, страх, бойова готовність, емоційне вигорання

Психічні стани військовослужбовців у бойових та стресових умовах є предметом особливої уваги військової психології, оскільки безпосередньо визначають ефективність виконання бойових завдань та впливають на фізичне та психічне здоров'я особового складу. Розуміння закономірностей виникнення, розгортання та трансформації цих станів є необхідною умовою для створення ефективних систем психологічної підготовки, супроводу та реабілітації військових. Психічний стан розглядається як цілісна характеристика психічної діяльності за певний період часу, що виявляється в рівні активності, емоційному забарвленні, особливостях протікання психічних процесів та поведінкових проявах [17].

Стрес є універсальною неспецифічною реакцією організму на будь-які вимоги, що пред'являються до нього зовнішнім або внутрішнім середовищем.

У військовому контексті стрес виникає внаслідок дії численних стресогенних чинників, таких як загроза життю та здоров'ю, фізичні навантаження, депривація сну та відпочинку, інформаційне перевантаження, необхідність прийняття відповідальних рішень в умовах невизначеності, свідчення страждань та смерті товаришів. Класична концепція стресу, розроблена Гансом Сельє, виділяє три стадії розвитку стресової реакції: стадію тривоги, стадію резистентності та стадію виснаження [30]. На стадії тривоги відбувається мобілізація ресурсів організму для протидії стресору, що супроводжується активацією симпатичної нервової системи, викидом стресових гормонів та підвищенням загальної реактивності організму.

Стадія резистентності характеризується адаптацією організму до тривалої дії стресору, коли функціональні системи переходять на режим підвищеного функціонування при збереженні можливості виконання необхідних завдань. Проте якщо стресор продовжує діяти і ресурси організму виснажуються, настає стадія виснаження, що проявляється у зниженні опірності організму, порушенні функціонування різних систем та можливому розвитку соматичних і психічних розладів [2]. У контексті бойових дій військовослужбовці часто перебувають у стані хронічного стресу, коли періоди гострого стресу під час виконання бойових завдань чергуються з періодами відносного спокою, проте повного відновлення не відбувається через постійну загрозу та необхідність збереження готовності до дії.

Вплив стресу на діяльність військовослужбовця має неоднозначний характер і залежить від інтенсивності стресора, індивідуальних особливостей особистості та наявності ресурсів для подолання стресової ситуації. Помірний рівень стресу може підвищувати ефективність діяльності через мобілізацію уваги, прискорення реакцій та підвищення мотивації. Проте надмірний стрес призводить до звуження поля уваги, порушення координації рухів, зниження здатності до раціонального мислення та прийняття обґрунтованих рішень, що може створювати небезпечні ситуації під час виконання бойових завдань [14]. Дослідження психології бойового стресу свідчать про те, що тривалий вплив

стресових чинників призводить до якісних змін у функціонуванні психіки, що виявляється в розвитку симптомів посттравматичного стресового розладу, депресії, тривожних розладів та інших психічних порушень [2].

Страх є базовою емоцією, що виникає у відповідь на реальну або уявну загрозу життю та здоров'ю і є еволюційно закріпленим механізмом виживання. У бойових умовах страх є природною та адекватною реакцією на об'єктивно небезпечні обставини. Проте інтенсивність та форми прояву страху можуть суттєво варіюватися залежно від індивідуальних особливостей, досвіду, підготовки та соціально-психологічних чинників. Функціональний страх мобілізує організм для уникнення загрози, підвищує пильність та обережність, сприяє швидкому прийняттю рішень у небезпечних ситуаціях. Проте дисфункціональний страх, що досягає рівня паніки, призводить до дезорганізації поведінки, втрати здатності до раціональних дій та може становити загрозу як для самого військовослужбовця, так і для його товаришів [18].

Психологічна підготовка військовослужбовців включає навчання методам управління страхом, що базується на розумінні його природи та механізмів виникнення. Важливим є формування реалістичного сприйняття небезпеки, коли військовослужбовець усвідомлює реальні ризики, але не перебільшує їх та не дозволяє страху паралізувати власні дії. Досвід виконання бойових завдань поступово трансформує емоційне реагування на небезпеку, коли страх не зникає повністю, але стає більш контрольованим та не перешкоджає виконанню професійних обов'язків [23]. Соціальна підтримка з боку товаришів по службі відіграє критично важливу роль у подоланні страху, оскільки колективна взаємодія створює відчуття безпеки та впевненості, що ґрунтується на взаємній довірі та відповідальності.

Бойова готовність є складним психічним станом, що характеризується налаштованістю військовослужбовця на виконання бойових завдань та оптимальною мобілізацією психофізіологічних ресурсів організму. Цей стан включає когнітивний компонент у вигляді чіткого розуміння завдання та

плану дій, емоційний компонент у вигляді оптимального рівня збудження та впевненості, мотиваційний компонент у вигляді готовності до активних дій та фізіологічний компонент у вигляді відповідного рівня активації організму [7]. Формування бойової готовності відбувається як у процесі спеціальної підготовки через багаторазове відпрацювання типових ситуацій, так і безпосередньо перед виконанням бойового завдання через процедури цілепокладання, планування та психологічної мобілізації.

Підтримання бойової готовності протягом тривалого часу є складним завданням, оскільки високий рівень активації не може підтримуватися безперервно без виснаження ресурсів організму. Тому важливим є вміння переключатися між станами активної готовності та відносного відпочинку, що дозволяє зберігати функціональні резерви організму та запобігати передчасному виснаженню. Командування має враховувати психофізіологічні закономірності функціонування організму та забезпечувати ротацію підрозділів, періоди відпочинку та відновлення для збереження боєздатності особового складу [12]. Особливо важливим є організація психологічної підготовки перед виконанням особливо складних або небезпечних завдань, що включає брифінг, відпрацювання можливих сценаріїв розвитку подій та психологічну налаштованість на успішне виконання завдання.

Емоційне вигорання є станом фізичного, емоційного та розумового виснаження, що розвивається внаслідок тривалого перебування в емоційно напружених ситуаціях та характеризується зниженням професійної ефективності, деперсоналізацією та редукцією особистих досягнень. У військовому контексті емоційне вигорання може розвиватися внаслідок тривалого виконання бойових завдань, постійного перебування в стані стресу, свідчення травматичних подій та необхідності приймати рішення, що мають життєво важливі наслідки. Симптоми емоційного вигорання включають хронічну втому, що не зникає після відпочинку, емоційну виснаженість, байдужість до результатів власної діяльності, цинічне ставлення до службових обов'язків та відчуття безпорадності [13].

Розвиток емоційного вигорання є поступовим процесом, що проходить через кілька етапів від початкового ентузіазму та високої мотивації до поступового виснаження емоційних ресурсів та формування захисних механізмів у вигляді емоційного дистанціювання та деперсоналізації. На початкових етапах вигорання військовослужбовець може намагатися компенсувати зростаючу втому через збільшення зусиль та інтенсифікацію діяльності, проте це лише прискорює виснаження ресурсів. Профілактика емоційного вигорання має включати організаційні заходи щодо оптимізації навантаження, забезпечення адекватних періодів відпочинку та відновлення, психологічну підтримку та навчання навичкам самодопомоги [19]. Важливим є створення культури психологічної безпеки в підрозділах, коли звернення за психологічною допомогою не сприймається як ознака слабкості, а розглядається як відповідальне ставлення до власного здоров'я та професійної ефективності.

Посттравматичний стрес є специфічним психічним станом, що розвивається внаслідок пережитої психологічної травми та характеризується комплексом симптомів, що включають нав'язливі спогади про травматичну подію, уникнення стимулів, пов'язаних з травмою, негативні зміни в когніціях та емоціях, а також зміни в реактивності та збудливості. У військовослужбовців посттравматичний стрес може розвиватися як під час виконання бойових завдань, так і після повернення до мирного життя, коли зникає необхідність постійної мобілізації та з'являється можливість для усвідомлення пережитого досвіду [2]. Інтенсивність посттравматичних симптомів може варіюватися від легких та тимчасових реакцій, що є нормальною відповіддю на екстремальні події, до клінічно значущого посттравматичного стресового розладу, що потребує професійного психологічного або психіатричного втручання.

Критично важливим для розуміння психічних станів у бойових умовах є концепція психологічної стійкості як здатності зберігати ефективне функціонування в умовах стресу та швидко відновлюватися після

травматичних подій. Психологічна стійкість не є вродженою характеристикою, а може розвиватися та підсилюватися через спеціальну підготовку, набуття досвіду та формування адаптивних копінг-стратегій [26]. Чинниками, що сприяють розвитку психологічної стійкості, є позитивна самооцінка, оптимістичне світосприйняття, наявність соціальної підтримки, розвинені навички саморегуляції та здатність знаходити сенс навіть у складних життєвих обставинах. Формування психологічної стійкості має бути пріоритетним напрямком підготовки військовослужбовців, оскільки саме цей ресурс визначає здатність не лише виконувати бойові завдання, але й зберігати психічне здоров'я в екстремальних умовах.

1.3. Теоретичні моделі реадаптації (когнітивно-біхевіоральна, екзистенційна, травма-орієнтована, системна)

Теоретичні моделі реадаптації військовослужбовців після виконання бойових завдань представляють різні концептуальні підходи до розуміння механізмів психологічної травми та шляхів відновлення психологічного функціонування. Кожна модель базується на певних теоретичних припущеннях щодо природи психологічних труднощів та пропонує специфічні методи психологічного втручання. Розуміння різноманітних теоретичних перспектив дозволяє формувати інтегративний підхід до реабілітації, що враховує множинність чинників, які впливають на успішність реадаптаційного процесу.

Когнітивно-біхевіоральна модель реадаптації базується на положенні про те, що психологічні труднощі після травматичних подій зумовлені дезадаптивними патернами мислення та поведінки, що формуються у відповідь на травматичний досвід. Центральною ідеєю цієї моделі є розуміння того, що не самі події, а їх інтерпретація та оцінка визначають емоційні та поведінкові реакції людини. Травматичний досвід може призводити до формування специфічних когнітивних спотворень, таких як катастрофізація,

надмірне узагальнення, персоналізація та дихотомічне мислення, що підтримують стан психологічного дистресу та перешкоджають адаптації [29]. Наприклад, військовослужбовець може розвинути переконання про те, що світ є надзвичайно небезпечним місцем, де в будь-який момент може статися щось жахливе, що призводить до постійного стану гіпервиляційності та уникнення численних ситуацій, які сприймаються як потенційно небезпечні.

Когнітивно-біхевіоральна терапія спрямована на ідентифікацію дезадаптивних когнітивних схем та їх модифікацію через техніки когнітивної реструктуризації, що включають виявлення автоматичних думок, перевірку їх обґрунтованості, пошук альтернативних інтерпретацій та формування більш реалістичних та адаптивних переконань. Поведінковий компонент терапії включає поступову експозицію до стимулів, що викликають страх або уникнення, що дозволяє розірвати зв'язок між нейтральними стимулами та травматичними спогадами, а також сформувати нові, більш адаптивні поведінкові патерни [12]. Експозиційна терапія для посттравматичного стресового розладу передбачає багаторазове переказування травматичної події в безпечному терапевтичному контексті, що дозволяє переробити травматичні спогади та знизити їх емоційну інтенсивність.

Ефективність когнітивно-біхевіоральної терапії для лікування посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців підтверджена численними дослідженнями, що демонструють значне зниження інтенсивності симптомів та покращення загального функціонування після проходження курсу терапії. Особливо ефективними виявляються протоколи пролонгованої експозиційної терапії та когнітивної процесуальної терапії, що спеціально адаптовані для роботи з військовим контингентом та враховують специфіку бойової травми [29]. Проте важливо враховувати, що ефективність цього підходу може бути обмежена у випадках складної травматизації, коли психологічні труднощі пов'язані не лише з конкретними травматичними подіями, але й з глибинними екзистенційними питаннями сенсу, ідентичності та моральних цінностей.

Екзистенційна модель реадаптації фокусується на питаннях сенсу, цінностей, свободи, відповідальності та автентичності існування, що постають особливо гостро після переживання травматичних подій, які загрожували життю та порушили фундаментальні переконання про світ та власне місце в ньому. Бойовий досвід часто призводить до екзистенційної кризи, коли руйнуються попередні життєві орієнтири, цінності та переконання, а людина постає перед необхідністю переосмислення власного існування та побудови нової системи сенсів [6]. Військовослужбовці після повернення з війни можуть переживати відчуття безглуздості цивільного життя, коли повсякденні турботи та проблеми здаються нікчемними в порівнянні з екстремальним досвідом, що був пережитий на війні.

Екзистенційна терапія спрямована на супроводження людини в процесі пошуку нових сенсів та створення автентичного способу існування, що інтегрує травматичний досвід у більш зрілу та цілісну особистість. Центральним завданням є не усунення симптомів, а сприяння особистісному зростанню через прийняття екзистенційних даностей людського існування, таких як смертність, свобода вибору, відповідальність за власне життя та неминучість самотності. Терапевт підтримує клієнта у дослідженні глибинних екзистенційних питань, визнанні складності та неоднозначності людського досвіду та формуванні життєвої філософії, що надає сенсу як травматичному досвіду, так і подальшому життю [41]. Важливим аспектом екзистенційної роботи є дослідження питань провини та відповідальності, що можуть бути особливо болючими для військовослужбовців, які брали участь у бойових діях та могли стати свідками або учасниками подій, що суперечать їхнім моральним цінностям.

Логотерапія Віктора Франкла як один із напрямків екзистенційної психології особливо релевантна для роботи з військовослужбовцями, оскільки базується на досвіді автора, який пережив екстремальні умови концентраційного табору та сформулював ідею про те, що пошук сенсу є первинною мотивацією людського існування. Згідно з Франклом, навіть у

найбільш жахливих обставинах людина зберігає свободу вибору ставлення до ситуації, що не може бути змінена, та може знайти сенс у стражданні через трансформацію його у можливість для особистісного зростання [41]. Застосування логотерапії для реабілітації військовослужбовців включає допомогу в ідентифікації унікальних сенсів, що можуть бути реалізовані в їхньому житті, визнанні цінності пережитого досвіду та формуванні відповідального ставлення до власного майбутнього, незважаючи на тягар минулого.

Травма-орієнтована модель реадаптації фокусується на специфічних механізмах формування та збереження травматичних спогадів у пам'яті та на розробці спеціалізованих методів їх переробки. Центральна ідея цієї моделі полягає в тому, що травматичні спогади зберігаються в пам'яті в особливий спосіб, відмінний від звичайних автобіографічних спогадів. Травматичні спогади характеризуються фрагментарністю, високою сенсорною насиченістю, відсутністю контекстуальної інформації та здатністю активуватися неконтрольованим чином під впливом тригерів, що нагадують про травматичну подію [2]. Ця особливість травматичних спогадів пояснює феномен флешбеків, коли людина раптово переживає фрагменти травматичної події з такою інтенсивністю, ніби вона відбувається знову в поточний момент.

Травма-орієнтована терапія спрямована на інтеграцію травматичних спогадів у контекст автобіографічної пам'яті, що дозволяє усвідомлювати травматичну подію як частину минулого досвіду, яка не загрожує в теперішньому. Одним із найбільш відомих методів є десенсибілізація та переробка рухами очей, що використовує білатеральну стимуляцію для полегшення переробки травматичних спогадів. Метод ґрунтується на припущенні про те, що травматичні спогади залишаються непереробленими через блокування природних механізмів обробки інформації під час травматичної події, а білатеральна стимуляція може активувати ці механізми та сприяти інтеграції травматичного матеріалу [12]. Інші методи включають соматичну терапія травми, що фокусується на роботі з тілесними проявами

травматичного стресу, та наративну експозиційну терапію, що допомагає сформувати зв'язну розповідь про травматичну подію.

Важливим аспектом травма-орієнтованого підходу є визнання того, що травматичний досвід впливає не лише на когнітивний та емоційний рівні, але й на глибші рівні функціонування організму, включаючи автономну нервову систему та нейробіологічні механізми регуляції стресу. Полівагальна теорія Стівена Порджеса пропонує нейрофізіологічне пояснення травматичних реакцій через концепцію трьох еволюційно розвинених систем регуляції поведінки у відповідь на загрозу: соціальної взаємодії, мобілізації та іммобілізації. Травматичний досвід може призводити до дисрегуляції цих систем, що проявляється в гіперактивації або гіпоактивації вегетативної нервової системи [12]. Терапевтичне втручання має включати роботу з відновленням здатності до саморегуляції через техніки усвідомленого дихання, релаксації та інші соматичні практики.

Системна модель реадаптації розглядає військовослужбовця не як ізольованого індивіда, а як частину складних соціальних систем, включаючи родину, військовий підрозділ та суспільство в цілому. Згідно з цією моделлю, психологічні труднощі після травматичного досвіду виникають не лише як індивідуальна реакція на стрес, але й як результат порушення функціонування соціальних систем, до яких належить військовослужбовець [38]. Наприклад, труднощі реадаптації можуть бути посилені конфліктами в родині, відсутністю розуміння з боку близьких людей, стигматизацією психологічних проблем у військовому середовищі або відчуженням від цивільного суспільства, що не має досвіду війни та не може зрозуміти пережите.

Системна терапія спрямована на роботу не лише з самим військовослужбовцем, але й з його найближчим оточенням, передусім з родиною. Родинна терапія для сімей військовослужбовців фокусується на відновленні порушених комунікативних патернів, підвищенні взаєморозуміння між членами родини, розподілі ролей та відповідальності, а також на створенні підтримуючого середовища для реадаптації [41].

Важливим є визнання того, що травматичний досвід військовослужбовця впливає на всю родинну систему, а члени родини можуть переживати вторинну травматизацію через співпереживання страждань близької людини. Психоедукація для членів родини щодо нормальних реакцій на травму, способів надання підтримки та самодопомоги є важливим компонентом системного втручання.

Соціоекологічна модель розширює системну перспективу, включаючи ширший соціальний контекст реадаптації, що охоплює громаду, суспільні інститути, культурні норми та державну політику щодо підтримки ветеранів. Успішна реадаптація залежить не лише від індивідуальних ресурсів військовослужбовця та підтримки найближчого оточення, але й від наявності соціальної інфраструктури, що включає доступ до медичних та психологічних послуг, можливості працевлаштування, освітні програми для ветеранів, соціальний захист та громадські організації ветеранів [3]. Ставлення суспільства до військовослужбовців та визнання їхнього внеску в захист держави є критично важливим чинником, що впливає на самооцінку, соціальну ідентичність та мотивацію до реінтеграції в цивільне життя.

Інтегративний підхід до реадаптації передбачає поєднання елементів різних теоретичних моделей залежно від індивідуальних потреб військовослужбовця та специфіки його труднощів. Дослідження ефективності психотерапевтичних втручань свідчать про те, що найкращі результати досягаються тоді, коли терапія адресує множинні рівні функціонування, включаючи когнітивний, емоційний, поведінковий, соматичний та соціальний аспекти. Терапія прийняття та відповідальності є прикладом інтегративного підходу, що поєднує елементи когнітивно-біхевіоральної терапії, майндфулнес-практик та екзистенційної філософії. Центральна ідея цього підходу полягає в розвитку психологічної гнучкості через прийняття неприємних внутрішніх переживань, усвідомлену присутність у поточному моменті, дефузію від думок та почуттів, перспективу спостерігача, ясність цінностей та цілеспрямовані дії [12].

1.4. Роль психологічної підтримки, реабілітаційних центрів і соціального оточення в адаптації військовослужбовців

Психологічна підтримка військовослужбовців є комплексною системою заходів, спрямованих на збереження та відновлення психічного здоров'я особового складу на всіх етапах військової служби, включаючи підготовку до виконання бойових завдань, супровід під час виконання завдань та реабілітацію після повернення. Ефективна система психологічної підтримки має бути багаторівневою, включаючи первинну профілактику через психологічну освіту та тренінги стресостійкості, вторинну профілактику через раннє виявлення та своєчасне втручання при перших ознаках психологічних труднощів, а також третинну профілактику у вигляді спеціалізованої психологічної та психіатричної допомоги при розвитку клінічно значущих розладів [19].

Первинна психологічна підтримка реалізується через систему психологічної підготовки військовослужбовців, що має на меті формування психологічної готовності до виконання завдань в екстремальних умовах, розвиток навичок саморегуляції емоційних станів та стресостійкості. Програми підготовки включають теоретичні компоненти, що надають інформацію про типові психологічні реакції на стрес та травму, а також практичні компоненти у вигляді тренінгів релаксації, дихальних вправ, техніки заземлення та інших методів самодопомоги [14]. Важливим є формування реалістичних очікувань щодо майбутнього досвіду, що дозволяє знизити шок від зіткнення з реальністю бойових дій та підготуватися до можливих труднощів. Психологічна освіта військовослужбовців має включати інформацію про нормальні реакції на ненормальні обставини, що допомагає зменшити стигму щодо психологічних труднощів та заохочує звернення за допомогою.

Психологічний супровід під час виконання бойових завдань включає присутність психологів безпосередньо в зонах виконання завдань, що дозволяє надавати оперативну психологічну підтримку та проводити моніторинг психологічного стану особового складу. Польова психологічна допомога включає психологічну першу допомогу після критичних інцидентів, індивідуальні консультації для військовослужбовців, що переживають гострі стресові реакції, та групові дебрифінги після виконання особливо складних або травматичних завдань [12]. Дебрифінг є структурованою груповою процедурою, що дозволяє учасникам події поділитися своїми враженнями, емоціями та реакціями в підтримуючому середовищі, що сприяє нормалізації переживань та попередженню розвитку посттравматичних симптомів. Проте важливо враховувати, що дебрифінг має проводитися кваліфікованими фахівцями та в оптимальний термін після події, оскільки непрофесійно проведений дебрифінг може навіть погіршити ситуацію через ретравматизацію учасників.

Постдеплоєментна психологічна підтримка фокусується на супроводженні процесу реадаптації після повернення з виконання бойових завдань. Цей етап є критично важливим, оскільки саме після завершення інтенсивного стресового періоду та повернення до умовно безпечного середовища можуть виявитися психологічні труднощі, які були витіснені або не усвідомлювалися під час активних бойових дій. Скринінг психологічного стану після повернення дозволяє ідентифікувати військовослужбовців, що потребують додаткової підтримки або спеціалізованої допомоги [13]. Важливо, щоб скринінг проводився неодноразово, оскільки симптоми посттравматичного стресового розладу можуть проявлятися з затримкою, через кілька тижнів або навіть місяців після травматичної події.

Реабілітаційні центри для військовослужбовців відіграють ключову роль у наданні спеціалізованої комплексної допомоги для осіб з посттравматичними розладами та іншими наслідками участі в бойових діях. Мультидисциплінарний підхід, що реалізується в таких центрах, передбачає

співпрацю психологів, психіатрів, психотерапевтів, лікарів соматичного профілю, фізіотерапевтів та соціальних працівників для надання комплексної допомоги, що адресує різноманітні аспекти здоров'я та функціонування [12]. Програми реабілітації включають індивідуальну психотерапію, групову терапію, медикаментозне лікування за необхідності, фізичну реабілітацію, заняття з професійної орієнтації та соціальної реінтеграції. Тривалість програм може варіюватися від інтенсивних коротких курсів тривалістю два-три тижні до довготривалих програм, що тривають кілька місяців.

Групова терапія для військовослужбовців має особливу цінність, оскільки забезпечує можливість взаємодії з людьми, що мають подібний досвід, що створює почуття розуміння та приналежності. Групи підтримки для ветеранів можуть фокусуватися на різних аспектах реадаптації, включаючи опрацювання травматичного досвіду, розвиток навичок управління гнівом, відновлення соціальних навичок, роботу з почуттям провини та сорому, а також питання сенсу та ідентичності після війни [12]. Фасилітація груп має здійснюватися кваліфікованими психологами або психотерапевтами, які мають досвід роботи з військовим контингентом та розуміють специфіку військової культури. Деякі програми включають участь самих ветеранів як кофасилітаторів, що додатково підсилює ефект моделювання успішної реадаптації.

Роль соціального оточення в процесі реадаптації військовослужбовців неможливо переоцінити, оскільки соціальна підтримка є одним із найпотужніших протективних чинників проти розвитку посттравматичних розладів та предиктором успішної реінтеграції в цивільне життя. Соціальна підтримка включає кілька компонентів, таких як емоційна підтримка через прояви турботи, розуміння та емпатії, інструментальна підтримка через практичну допомогу в вирішенні повсякденних проблем, інформаційна підтримка через надання порад та інформації, а також оцінююча підтримка через визнання зусиль та досягнень [33]. Різні джерела соціальної підтримки відіграють специфічні ролі в процесі реадаптації.

Родина є найважливішим джерелом соціальної підтримки, проте водночас родинні стосунки часто зазнають значного напруження внаслідок змін, що відбулися з військовослужбовцем під час виконання бойових завдань. Труднощі можуть бути пов'язані з порушенням комунікації, коли військовослужбовець не може або не хоче ділитися своїм досвідом з родиною через бажання захистити близьких від болючої інформації або через відчуття неможливості бути зрозумілим. Члени родини, у свою чергу, можуть відчувати відчуженість, невизначеність щодо того, як поводитися з близькою людиною, яка змінилася, та розчарування через відсутність очікуваного повернення до нормального життя [22]. Психоедукація для родин військовослужбовців, що включає інформацію про типові труднощі реадаптації та способи надання підтримки, може значно покращити родинну динаміку та сприяти успішній реінтеграції.

Підтримка з боку побратимів по службі має особливу цінність завдяки спільному досвіду та взаєморозумінню, що не потребує вербалізації. Військовослужбовці часто відчувають, що лише ті, хто пройшов через подібний досвід, можуть справді зрозуміти їхні переживання та труднощі. Ветеранські організації та неформальні групи підтримки створюють простір для соціальної взаємодії, обміну досвідом та практичної взаємодопомоги [3]. Участь у діяльності ветеранських організацій може надавати сенсу та мети після завершення активної військової служби, а також сприяти збереженню військової ідентичності, яка залишається важливою частиною самосприйняття багатьох ветеранів.

Ставлення суспільства до військовослужбовців та ветеранів є важливим чинником, що впливає на процес реадаптації через механізми соціального визнання, формування самооцінки та мотивації до реінтеграції. Суспільства, які виявляють повагу та вдячність до своїх захисників, створюють сприятливе середовище для реадаптації, тоді як байдужість або навіть негативне ставлення можуть посилювати почуття відчуженості та ускладнювати процес повернення до цивільного життя. Важливим є не лише декларативна

підтримка, але й конкретні дії суспільства через волонтерські ініціативи, програми працевлаштування ветеранів, адаптовані освітні програми та інші форми практичної підтримки [3]. Медійне висвітлення теми військовослужбовців та ветеранів має бути збалансованим, уникаючи як героїзації, що створює нереалістичні очікування, так і віктимізації, що підкріплює образ ветерана як людини з проблемами.

Державна політика щодо підтримки військовослужбовців та ветеранів визначає інституційні рамки реадаптації через законодавче закріплення прав, соціальних гарантій та доступу до необхідних послуг. Ефективна державна політика має включати комплексний підхід, що охоплює медичне та психологічне забезпечення, соціальний захист, підтримку працевлаштування, доступ до освіти та житла, а також спеціальні програми для особливо вразливих категорій ветеранів [43]. Координація між різними державними установами, громадськими організаціями та приватним сектором є необхідною умовою для створення цілісної системи підтримки, що може ефективно відповідати на різноманітні потреби військовослужбовців на різних етапах реадаптації.

РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАДАПТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ (ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

2.1. Організація та вибірка дослідження (кількість учасників, умови, критерії добору)

Емпіричне дослідження особливостей психологічної реадаптації військовослужбовців під час воєнного стану було організоване з метою верифікації теоретичних положень та отримання конкретних даних про психологічний стан, труднощі адаптації та ресурси військовослужбовців, які повертаються з виконання бойових завдань. Дослідження проводилося в період з вересня по листопад 2025 року на базі реабілітаційного центру для військовослужбовців, що дозволило забезпечити конфіденційність та створити безпечне середовище для відвертих відповідей учасників. Вибір періоду дослідження був зумовлений необхідністю охопити військовослужбовців, які нещодавно завершили черговий цикл виконання бойових завдань та перебувають на етапі відпочинку або реабілітації, що відповідає меті дослідження щодо вивчення особливостей реадаптації безпосередньо під час воєнного стану.

Вибірку дослідження склали 30 військовослужбовців Збройних Сил України, які мають досвід виконання бойових завдань в умовах воєнного стану. Визначення обсягу вибірки було зумовлено можливістю забезпечити якісне індивідуальне анкетування кожного учасника з дотриманням етичних вимог щодо добровільності участі та конфіденційності даних, а також обмеженнями доступу до цільової групи респондентів у зв'язку зі специфікою їхньої діяльності. Хоча обсяг вибірки є відносно невеликим для кількісних узагальнень, він дозволяє виявити основні тенденції та особливості психологічного стану військовослужбовців, а також сформулювати обґрунтовані гіпотези для подальших масштабних досліджень.

Критерії включення учасників у дослідження були визначені таким чином, щоб забезпечити однорідність вибірки за ключовими параметрами та

відповідність меті дослідження. По-перше, всі учасники мали бути військовослужбовцями Збройних Сил України, які перебувають на активній військовій службі під час проведення дослідження. По-друге, обов'язковою умовою було наявність досвіду виконання бойових завдань безпосередньо в зоні активних бойових дій протягом останніх 12 місяців, що забезпечує актуальність досвіду та можливість виявлення специфіки реадаптації саме в умовах триваючого воєнного стану. По-третє, тривалість виконання бойових завдань мала становити не менше 3 місяців безперервного перебування в зоні бойових дій, що дозволяє говорити про значний досвід та ймовірність накопичення стресових факторів.

Додатковим критерієм включення була здатність учасників до усвідомленого надання інформованої згоди на участь у дослідженні, що передбачає відсутність гострих психотичних станів або тяжких когнітивних порушень, які б унеможливлювали адекватне розуміння мети та процедур дослідження. Водночас наявність симптомів посттравматичного стресу, тривожності або депресії не була критерієм виключення, оскільки саме виявлення цих станів було одним із завдань дослідження. Учасники мали бути віком від 19 до 55 років, що охоплює основний віковий діапазон військовослужбовців контрактної служби та мобілізованих осіб.

Процедура відбору учасників здійснювалася через звернення до командування підрозділів та адміністрації реабілітаційного центру з проханням про сприяння в організації дослідження. Військовослужбовцям, які відповідали критеріям включення, було надано інформацію про мету дослідження, процедуру проведення, принципи конфіденційності та добровільності участі. Особливу увагу було приділено забезпеченню розуміння того, що відмова від участі або припинення участі на будь-якому етапі не матиме жодних негативних наслідків для військовослужбовця. Також було підкреслено, що результати дослідження будуть використані виключно в узагальненому вигляді для наукових цілей без можливості ідентифікації конкретних осіб.

Соціально-демографічні характеристики вибірки відображають різноманітність учасників за віком, освітою, військовим званням та тривалістю служби. Середній вік учасників становив 33 роки зі стандартним відхиленням 8 років, що свідчить про присутність як молодших військовослужбовців у віці від 19 до 25 років, так і більш зрілих учасників віком від 40 до 50 років. Гендерний склад вибірки був переважно чоловічим, що відповідає загальній статистиці військовослужбовців бойових підрозділів, проте до дослідження також увійшли 4 жінки-військовослужбовці, що дозволило отримати певне уявлення про можливі гендерні особливості реадаптації. За рівнем освіти учасники розподілилися наступним чином: повну загальну середню освіту мали 7 осіб, професійно-технічну освіту 10 осіб, неповну вищу освіту 4 особи та повну вищу освіту 9 осіб.

За військовим званням учасники представляли різні категорії військовослужбовців, що включали рядовий та сержантський склад, молодших офіцерів та офіцерів середньої ланки. Переважну більшість склали військовослужбовці рядового та сержантського складу (18 осіб), що відповідає структурі бойових підрозділів, проте присутність офіцерів (12 осіб) дозволила виявити специфічні особливості реадаптації, пов'язані з додатковою відповідальністю за підлеглих та необхідністю прийняття рішень у критичних ситуаціях. Тривалість військової служби варіювалася від 6 місяців до 15 років, що дозволяє порівняти досвід військовослужбовців строкової та контрактної служби, а також мобілізованих осіб, які до початку війни не мали військового досвіду.

За родом військ учасники представляли піхотні підрозділи (14 осіб), артилерійські підрозділи (6 осіб), танкові підрозділи (4 особи), підрозділи розвідки (3 особи) та підрозділи забезпечення (3 особи), що дозволяє врахувати специфіку різних видів військово-професійної діяльності та їхній вплив на психологічний стан. Інтенсивність бойового досвіду також варіювалася: частина учасників (11 осіб) брала участь у активних штурмових діях з високою інтенсивністю бойових зіткнень, тоді як інші (19 осіб)

виконували завдання на позиціях з періодичними обстрілами або займалися забезпеченням бойових дій. Ця різноманітність дозволяє виявити як загальні закономірності реадаптації, характерні для всіх військовослужбовців незалежно від специфіки служби, так і особливості, що залежать від конкретних умов виконання бойових завдань.

Етичні аспекти дослідження були ретельно продумані з урахуванням вразливості цільової групи та необхідності дотримання найвищих стандартів етики психологічних досліджень. Перед початком дослідження було отримано схвалення наукового керівника, а також погодження з відповідними військовими структурами щодо можливості проведення дослідження з військовослужбовцями. Кожен учасник отримав детальну інформацію про дослідження в письмовій та усній формі, що включала мету дослідження, процедури, потенційні ризики та переваги участі, гарантії конфіденційності та права учасників. Інформована згода була отримана в письмовій формі після того, як учасник мав можливість поставити запитання та отримати вичерпні відповіді.

Особлива увага приділялася забезпеченню психологічної безпеки учасників під час проведення дослідження. Оскільки деякі питання анкети торкалися потенційно травматичного досвіду та могли викликати емоційні реакції, було забезпечено присутність кваліфікованого психолога, який міг надати підтримку учасникам у разі виникнення дистресу під час або після заповнення анкети. Учасникам була надана інформація про доступні ресурси психологічної підтримки, включаючи контакти спеціалістів реабілітаційного центру та телефони гарячих ліній психологічної підтримки для військовослужбовців. Конфіденційність даних забезпечувалася через використання анонімних кодів замість імен учасників, зберігання заповнених анкет у захищеному місці з обмеженим доступом та використання узагальнених даних у наукових публікаціях без можливості ідентифікації конкретних осіб.

2.2. Використані методики та процедури збору даних

Для комплексного вивчення особливостей психологічної реадаптації військовослужбовців під час воєнного стану було розроблено спеціалізовану анкету, що включає 10 питань, спрямованих на виявлення ключових аспектів психологічного стану, труднощів адаптації, соціальної підтримки та копінг-стратегій. Структура анкети була сформована на основі теоретичного аналізу літератури з проблематики посттравматичного стресу та реадаптації військовослужбовців, а також з урахуванням специфіки триваючого воєнного стану, коли військовослужбовці перебувають у стані постійної мобілізаційної готовності [2]. Анкета включає як закриті питання з варіантами відповідей для забезпечення можливості кількісного аналізу, так і відкриті питання для отримання якісної інформації про суб'єктивний досвід учасників.

Перше питання анкети стосувалося тривалості перебування в зоні бойових дій та було сформульоване наступним чином: "Скільки часу ви провели в зоні активних бойових дій протягом останніх 12 місяців?" Варіанти відповідей включали категорії від 3 до 6 місяців, від 6 до 9 місяців, від 9 до 12 місяців та понад 12 місяців. Це питання дозволяє оцінити інтенсивність експозиції до стресових чинників та виявити можливу залежність між тривалістю перебування в зоні бойових дій та вираженістю психологічних труднощів [34]. Дослідження показують, що тривалість експозиції до бойового стресу є одним із найбільш значущих предикторів розвитку посттравматичного стресового розладу, проте залежність не завжди є лінійною, оскільки деякі військовослужбовці розвивають адаптивні механізми подолання стресу навіть за тривалого перебування в екстремальних умовах.

Друге питання спрямоване на виявлення симптомів посттравматичного стресу та формулювалося як: "Чи відчуваєте ви нав'язливі спогади або нічні кошмари про бойові дії?" Варіанти відповідей включали шкалу частоти: ніколи, рідко (менше 1 разу на тиждень), іноді (1-3 рази на тиждень), часто (4-6 разів на тиждень) та щодня. Нав'язливі спогади та нічні кошмари є одними з

основних симптомів посттравматичного стресового розладу, що входять до кластеру симптомів повторного переживання травматичної події [29]. Ці симптоми свідчать про те, що травматичні спогади не були адекватно перероблеими та інтегрованими в автобіографічну пам'ять, а залишаються фрагментованими та емоційно насиченими, готовими до неконтрольованої активації під впливом зовнішніх або внутрішніх тригерів.

Третє питання оцінювало рівень тривожності учасників через запитання: "Як часто ви відчуваєте надмірне занепокоєння або тривогу?" Шкала відповідей відповідала другому питанню та включала категорії від ніколи до щодня. Генералізована тривожність є поширеним наслідком тривалого перебування в стресових умовах та може виявлятися в постійному відчутті напруження, труднощах розслаблення, очікуванні негативних подій та гіперпильності до потенційних загроз [37]. Дослідження генералізованого тривожного розладу серед військовослужбовців показують, що від 15% до 30% учасників бойових дій переживають клінічно значущі рівні тривожності, що потребують професійного втручання.

Четверте питання стосувалося емоційного стану та депресивних симптомів: "Чи відчуваєте ви втрату інтересу до діяльності, яка раніше приносила задоволення?" Варіанти відповідей включали так, постійно, так, часто, іноді, рідко та ні, не відчуваю. Ангедонія, або втрата здатності отримувати задоволення від раніше приємних активностей, є одним із ключових симптомів депресивного розладу та може свідчити про емоційне виснаження внаслідок тривалого стресу [36]. Цей симптом особливо важливий для виявлення, оскільки може призводити до соціальної ізоляції, порушення міжособистісних стосунків та зниження якості життя навіть після завершення активної фази бойових дій.

П'яте питання досліджувало фізіологічні прояви стресу через запитання: "Чи маєте ви проблеми зі сном (труднощі засинання, часті пробудження, поверхневий сон)?" Варіанти відповідей включали "так, щоночі", "так, кілька разів на тиждень", "іноді", "рідко" та "ні, сплю нормально". Порушення сну є

одним із найбільш поширених наслідків посттравматичного стресу та можуть включати як труднощі засинання через підвищену фізіологічну активацію та нав'язливі думки, так і часті пробудження внаслідок нічних кошмарів або підвищеної чутливості до зовнішніх стимулів [12]. Хронічні порушення сну, у свою чергу, погіршують загальний психологічний стан, знижують когнітивні функції та здатність до саморегуляції емоцій, створюючи замкнене коло взаємопосилюючих негативних станів.

Шосте питання оцінювало здатність до контролю емоцій: "Наскільки важко вам контролювати почуття гніву або дратівливості?" Шкала відповідей включала: "дуже важко", "майже постійно втрачаю контроль", "часто важко", "іноді важко", "рідко виникають труднощі" та "завжди контролюю". Труднощі регуляції афективних станів, зокрема підвищена дратівливість та схильність до спалахів гніву, є характерними проявами посттравматичного стресу та свідчать про порушення функціонування прифронтальних відділів кори головного мозку, відповідальних за емоційну регуляцію [2]. Ці симптоми можуть значно ускладнювати міжособистісні стосунки як у родині, так і в професійному середовищі, створюючи додаткові стресори та перешкоджаючи соціальній реінтеграції.

Сьоме питання досліджувало соціальну підтримку через запитання: "Наскільки ви відчуваєте підтримку з боку близьких людей (родини, друзів, побратимів)?" Варіанти відповідей включали: "повністю підтримують та розуміють", "переважно підтримують", "частково підтримують", "мало підтримують" та "зовсім не відчуваю підтримки". Соціальна підтримка є одним із найпотужніших протективних факторів проти розвитку посттравматичних розладів та предиктором успішної реадаптації [33]. Проте військовослужбовці часто відчувають труднощі в отриманні адекватної підтримки через відчуття нерозуміння з боку цивільного оточення, небажання обтяжувати близьких своїми проблемами або втрату довіри до оточуючих внаслідок травматичного досвіду.

Восьме питання оцінювало копінг-стратегії через запитання: "Які способи подолання стресу ви використовуєте найчастіше?" Це було питання з можливістю множинного вибору, що включало варіанти: "фізична активність та спорт", "спілкування з близькими людьми", "алкоголь або інші речовини", "ізоляція та уникнення контактів", "звернення до психолога або психотерапевта", "хобі та творча діяльність", "медитація або дихальні практики" та інше. Аналіз копінг-стратегій дозволяє виявити як адаптивні способи подолання стресу, що сприяють відновленню психологічного благополуччя, так і дезадаптивні стратегії, що можуть посилювати психологічні труднощі [22]. Особливу увагу слід приділяти виявленню ризикованих копінг-стратегій, таких як зловживання алкоголем або ізоляція, що потребують втручання для профілактики розвитку залежностей або поглиблення соціальної дезадаптації.

Дев'яте питання досліджувало труднощі реадаптації: "З якими труднощами ви стикаєтеся при поверненні до звичайного життя після виконання бойових завдань?" Це було відкрите питання, що дозволяло учасникам вільно описати свій досвід власними словами, що забезпечує отримання якісних даних про суб'єктивне сприйняття процесу реадаптації [40]. Відкриті питання є цінним інструментом дослідження, оскільки дозволяють виявити аспекти досвіду, які не були передбачені в структурованих питаннях, та отримати більш глибоке розуміння індивідуальних особливостей переживання труднощів реадаптації.

Десяте питання стосувалося потреби в психологічній підтримці: "Чи вважаєте ви, що вам потрібна професійна психологічна допомога?" Варіанти відповідей включали: "так, вже звертався і отримую допомогу", "так, планую звернутися", "не впевнений", "можливо потрібна", "швидше ні" та "точно ні, не потрібна". Це питання дозволяє оцінити усвідомлення власних психологічних потреб та готовність звертатися за професійною допомогою, що є важливими чинниками для планування системи психологічної підтримки [28]. Дослідження показують, що значна частина військовослужбовців, які

потребують психологічної допомоги, не звертаються за нею через стигму, пов'язану з психологічними проблемами в військовому середовищі, побоювання негативних наслідків для кар'єри або недовіру до ефективності психологічної допомоги.

Процедура збору даних включала індивідуальне заповнення анкет учасниками в присутності дослідника, який міг надати роз'яснення щодо питань, якщо виникала потреба, але не впливав на відповіді учасників. Тривалість заповнення анкети становила від 15 до 25 хвилин залежно від індивідуальних особливостей учасників та обсягу відповідей на відкриті питання. Заповнення відбувалося в приватному кабінеті реабілітаційного центру, що забезпечувало конфіденційність та комфортні умови для відвертих відповідей. Після завершення заповнення дослідник проводив короткий дебрифінг, під час якого учасник мав можливість висловити свої почуття та думки щодо процесу дослідження, а також отримати відповіді на запитання. У випадках, коли учасник виявляв ознаки значного емоційного дистресу після заповнення анкети, йому пропонувалася консультація психолога реабілітаційного центру.

Обробка отриманих даних включала як кількісний аналіз закритих питань з використанням методів описової статистики, так і якісний аналіз відповідей на відкриті питання через процедуру контент-аналізу. Для кількісних даних були обчислені частоти та відсотки відповідей для кожної категорії, а також проведено кореляційний аналіз для виявлення взаємозв'язків між різними показниками психологічного стану. Якісні дані були опрацьовані шляхом виявлення повторюваних тем та категорій у відповідях учасників, що дозволило систематизувати різноманітний досвід та виділити основні труднощі реадаптації, характерні для досліджуваної групи. Результати кількісного та якісного аналізу були інтегровані для формування комплексного уявлення про особливості психологічної реадаптації військовослужбовців під час воєнного стану.

2.3. Аналіз отриманих результатів

Аналіз тривалості перебування в зоні бойових дій показав, що більшість учасників дослідження мали значний досвід виконання бойових завдань. Розподіл за тривалістю перебування в зоні активних бойових дій протягом останніх 12 місяців представлено в таблиці 2.1. Як видно з таблиці, найбільша група учасників (13 осіб, 43,3%) провела в зоні бойових дій від 6 до 9 місяців, що свідчить про типову практику ротації військових підрозділів. Водночас значна частка учасників (8 осіб, 26,7%) перебувала в зоні бойових дій від 9 до 12 місяців, що вказує на тривалу експозицію до стресових чинників без достатнього відпочинку. Група з найменшою тривалістю перебування (від 3 до 6 місяців) налічувала 5 осіб (16,7%), тоді як 4 особи (13,3%) провели в зоні бойових дій понад 12 місяців, що свідчить про надмірну експозицію до бойового стресу та високий ризик розвитку психологічних порушень.

Таблиця 2.1

Розподіл учасників за тривалістю перебування в зоні бойових дій

Тривалість перебування в зоні бойових дій	Кількість осіб	Відсоток
від 3 до 6 місяців	5	16,7%
від 6 до 9 місяців	13	43,3%
від 9 до 12 місяців	8	26,7%
понад 12 місяців	4	13,3%
Загалом	30	100%

Аналіз симптомів посттравматичного стресу через виявлення частоти нав'язливих спогадів або нічних кошмарів про бойові дії продемонстрував високу поширеність цих проявів серед учасників дослідження. Результати представлені в таблиці 2.2. Лише 3 особи (10%) відповіли, що ніколи не відчувають нав'язливих спогадів або кошмарів, що може свідчити про високу природну резильєнтність або про використання ефективних механізмів психологічного захисту. Більшість учасників повідомили про періодичне виникнення цих симптомів: 8 осіб (26,7%) відповіли рідко (менше 1 разу на

тиждень), 11 осіб (36,7%) відповіли іноді (1-3 рази на тиждень), що в сумі становить 63,4% учасників з помірними проявами симптому. Проте викликає занепокоєння той факт, що 5 осіб (16,6%) відчувають нав'язливі спогади або кошмари часто (4-6 разів на тиждень), а 3 особи (10%) щодня, що свідчить про наявність клінічно значущих симптомів посттравматичного стресового розладу, які потребують професійного втручання.

Таблиця 2.2

Частота нав'язливих спогадів або нічних кошмарів про бойові дії

Частота нав'язливих спогадів або нічних кошмарів	Кількість осіб	Відсоток
ніколи	3	10,0%
рідко (менше 1 разу на тиждень)	8	26,7%
іноді (1-3 рази на тиждень)	11	36,7%
часто (4-6 разів на тиждень)	5	16,6%
щодня	3	10,0%
Загалом	30	100%

Оцінка рівня тривожності через аналіз частоти відчуття надмірного занепокоєння виявила, що тривожність є поширеним станом серед учасників дослідження, як показано в таблиці 2.3. Лише 2 особи (6,7%) повідомили, що ніколи не відчувають надмірної тривоги, що є досить низьким показником і свідчить про масштабність проблеми тривожності серед військовослужбовців після виконання бойових завдань. Помірну тривожність відчувають значна частина учасників: 6 осіб (20%) рідко, 9 осіб (30%) іноді, що разом становить 50% учасників. Водночас високі рівні тривожності виявлені у 9 осіб (30%), які відчувають занепокоєння часто, та у 4 осіб (13,3%), які переживають тривогу щодня. Сукупно 43,3% учасників мають клінічно значущі рівні тривожності, що корелює з даними міжнародних досліджень, які вказують на поширеність генералізованого тривожного розладу серед військовослужбовців на рівні від 15% до 30%, хоча в умовах триваючого воєнного стану ці показники можуть бути вищими.

Таблиця 2.3

Частота відчуття надмірного занепокоєння або тривоги

Частота відчуття надмірного занепокоєння або тривоги	Кількість осіб	Відсоток
ніколи	2	6,7%
рідко	6	20,0%
іноді	9	30,0%
часто	9	30,0%
щодня	4	13,3%
Загалом	30	100%

Аналіз симптомів депресії через оцінку втрати інтересу до діяльності, яка раніше приносила задоволення, виявив тривожні результати, представлені в таблиці 2.4. Лише 4 особи (13,3%) відповіли, що не відчувають втрати інтересу до раніше приємних активностей, що свідчить про збереження емоційної реактивності та здатності отримувати задоволення від життя. Помірні прояви ангедонії відзначили 7 осіб (23,3%), які рідко відчувають втрату інтересу, та 8 осіб (26,7%), які відчувають це іноді. Проте викликає значне занепокоєння той факт, що 7 осіб (23,3%) часто втрачають інтерес до раніше приємних активностей, а 4 особи (13,4%) відчувають це постійно. Сукупно 36,7% учасників мають виражені симптоми ангедонії, що є одним із ключових діагностичних критеріїв депресивного розладу та свідчить про необхідність психологічного або психіатричного втручання для цієї групи військовослужбовців.

Таблиця 2.4

Втрата інтересу до діяльності, яка раніше приносила задоволення

Втрата інтересу до діяльності, яка раніше приносила задоволення	Кількість осіб	Відсоток
ні, не відчуваю	4	13,3%
рідко	7	23,3%
іноді	8	26,7%
так, часто	7	23,3%
так, постійно	4	13,4%
Загалом	30	100%

Дослідження порушень сну як одного з фізіологічних проявів стресу показало високу поширеність цієї проблеми серед учасників, що відображено

в таблиці 2.5. Нормальний сон без проблем відзначили лише 3 особи (10%), що є надзвичайно низьким показником і свідчить про майже універсальне порушення сну серед військовослужбовців після виконання бойових завдань. Рідкі проблеми зі сном відзначили 5 осіб (16,7%), іноді виникають труднощі у 7 осіб (23,3%). Регулярні проблеми зі сном мають 10 осіб (33,3%), які відчувають труднощі кілька разів на тиждень, та 5 осіб (16,7%), які стикаються з проблемами сну щоночі. Сукупно 50% учасників мають клінічно значущі порушення сну, що потребують втручання, оскільки хронічні порушення сну не лише погіршують якість життя, але й знижують когнітивні функції, здатність до емоційної регуляції та загальну психологічну стійкість.

Таблиця 2.5

Проблеми зі сном

Проблеми зі сном	Кількість осіб	Відсоток
ні, сплю нормально	3	10,0%
рідко	5	16,7%
іноді	7	23,3%
так, кілька разів на тиждень	10	33,3%
так, щоночі	5	16,7%
Загалом	30	100%

Оцінка здатності до контролю почуттів гніву або дратівливості виявила серйозні труднощі емоційної регуляції у значної частини учасників, що представлено в таблиці 2.6. Лише 3 особи (10%) відповіли, що завжди контролюють свої емоції, що свідчить про збереження ефективних механізмів саморегуляції. Помірні труднощі відзначили 6 осіб (20%), у яких рідко виникають проблеми з контролем, та 8 осіб (26,7%), які іноді відчувають труднощі. Виражені проблеми з емоційною регуляцією мають 9 осіб (30%), яким часто важко контролювати гнів або дратівливість, та 4 особи (13,3%), які майже постійно втрачають контроль над цими емоціями. Сукупно 43,3% учасників мають значні труднощі з регуляцією афективних станів, що може

призводити до міжособистісних конфліктів, проблем у родині та на роботі, а також підвищує ризик агресивної поведінки.

Таблиця 2.6

Важкість контролю почуттів гніву або дратівливості

Важкість контролю почуттів гніву або дратівливості	Кількість осіб	Відсоток
завжди контролюю	3	10,0%
рідко виникають труднощі	6	20,0%
іноді важко	8	26,7%
часто важко	9	30,0%
дуже важко, майже постійно втрачаю контроль	4	13,3%
Загалом	30	100%

Аналіз соціальної підтримки через оцінку відчуття підтримки з боку близьких людей показав неоднорідну картину, представлену в таблиці 2.7. Повну підтримку та розуміння відчувають 6 осіб (20%), що свідчить про наявність сприятливого соціального оточення, яке здатне надати необхідну емоційну та інструментальну підтримку. Переважну підтримку відзначили 9 осіб (30%), часткову підтримку 8 осіб (26,7%). Проте викликає занепокоєння той факт, що 5 осіб (16,6%) відчувають мало підтримки, а 2 особи (6,7%) зовсім не відчувають підтримки з боку близьких. Сукупно 23,3% учасників мають недостатню соціальну підтримку, що є серйозним чинником ризику для розвитку психологічних порушень та ускладнення процесу реадаптації. Ці дані підтверджують важливість роботи не лише з самими військовослужбовцями, але й з їхнім найближчим оточенням для формування підтримуючого середовища.

Таблиця 2.7

Відчуття підтримки з боку близьких людей

Відчуття підтримки з боку близьких людей	Кількість осіб	Відсоток
повністю підтримують та розуміють	6	20,0%
переважно підтримують	9	30,0%
частково підтримують	8	26,7%
мало підтримують	5	16,6%
зовсім не відчуваю підтримки	2	6,7%

Загалом	30	100%

Аналіз копінг-стратегій, що використовуються військовослужбовцями для подолання стресу, виявив різноманітність підходів з переважанням як адаптивних, так і потенційно дезадаптивних стратегій. Оскільки питання передбачало можливість множинного вибору, загальна кількість відповідей перевищує кількість учасників. Результати представлені в таблиці 2.8. Найбільш поширеною копінг-стратегією виявилася фізична активність та спорт, яку використовують 18 осіб (60%), що є позитивним показником, оскільки регулярна фізична активність має доведений ефект зниження стресу, покращення настрою та загального самопочуття. Спілкування з близькими людьми як копінг-стратегію використовують 15 осіб (50%), що також є адаптивним способом подолання стресу через отримання емоційної підтримки та можливості поділитися переживаннями.

Таблиця 2.8

Способи подолання стресу, що використовуються військовослужбовцями

Копінг-стратегії	Кількість осіб	Відсоток від загальної кількості
фізична активність та спорт	18	60,0%
спілкування з близькими людьми	15	50,0%
хобі та творча діяльність	9	30,0%
медитація або дихальні практики	7	23,3%
алкоголь або інші речовини	8	26,7%
ізоляція та уникнення контактів	6	20,0%
звернення до психолога або психотерапевта	5	16,7%
інше	3	10,0%

Хобі та творчу діяльність як копінг-стратегію використовують 9 осіб (30%), медитацію або дихальні практики 7 осіб (23,3%), що свідчить про наявність у частини учасників навичок усвідомленої саморегуляції. Проте викликає занепокоєння той факт, що 8 осіб (26,7%) використовують алкоголь або інші речовини як спосіб подолання стресу, що є ризикованою копінг-стратегією з високим потенціалом розвитку залежності та додаткових проблем

зі здоров'ям. Ізоляцію та уникнення контактів як стратегію використовують 6 осіб (20%), що також є дезадаптивним підходом, оскільки соціальна ізоляція посилює психологічні труднощі та перешкоджає отриманню необхідної підтримки. Лише 5 осіб (16,7%) звертаються до психолога або психотерапевта, що є надзвичайно низьким показником з урахуванням високої поширеності психологічних симптомів серед учасників дослідження.

Якісний аналіз відповідей на відкрите питання про труднощі при поверненні до звичайного життя після виконання бойових завдань виявив кілька основних тематичних категорій, що повторювалися в описах учасників. Найбільш часто згадуваною категорією була проблема нерозуміння з боку цивільного оточення, яку відзначили 17 осіб (56,7%). Учасники описували відчуття відчуженості від людей, які не мають бойового досвіду, труднощі в пояснення свого стану та переживань, відсутність спільних тем для розмови та відчуття того, що цивільне населення не цінує жертви, принесені військовими. Типовими були висловлювання на кшталт того, що повернувшись додому важко знайти спільну мову з родичами та друзями, які не розуміють через що довелося пройти, або що цивільні люди скаржаться на дрібниці, які здаються нікчемними після пережитого на війні.

Другою за частотою категорією були труднощі адаптації до мирного ритму життя, про які повідомили 14 осіб (46,7%). Військовослужбовці описували відчуття безглуздості повсякденних справ, нудьгу від відсутності адреналіну та інтенсивності, які були характерними для бойових дій, труднощі в зосередженні на рутинних завданнях та відчуття того, що мирне життя є нереальним або тимчасовим. Деякі учасники відзначали, що відчувають себе більш живими та потрібними під час виконання бойових завдань, ніж у мирному житті, що створює парадоксальну ситуацію небажання повністю відходити від військової діяльності. Третьою важливою категорією були проблеми у стосунках з близькими людьми, згадані 12 учасниками (40%). Ці проблеми включали конфлікти через зміни характеру та поведінки, труднощі у відновленні інтимності та довіри, відчуття вини перед родиною за

відсутність та небезпеку, якій піддавалася сім'я через стурбованість за військовослужбовця.

Четвертою категорією були фізіологічні та психосоматичні симптоми, про які повідомили 11 осіб (36,7%). До них належали хронічна втома, головні болі, проблеми з шлунково-кишковим трактом, підвищена чутливість до гучних звуків та яскравого світла, а також постійне відчуття напруження в тілі. П'ятою категорією були труднощі з працевлаштуванням та професійною реалізацією, згадані 8 учасниками (26,7%). Військовослужбовці відзначали, що військові навички не завжди є затребуваними на цивільному ринку праці, що роботодавці можуть мати упередження щодо ветеранів, а також що важко зосередитися на професійних завданнях через психологічні симптоми. Нарешті, шостою категорією були екзистенційні питання сенсу та ідентичності, згадані 6 учасниками (20%). Ці учасники описували кризу ідентичності після завершення активної фази служби, питання про сенс пережитого досвіду та труднощі в інтеграції бойового досвіду в загальну життєву історію.

Оцінка потреби в професійній психологічній допомозі та готовності звертатися за нею виявила значний розрив між об'єктивною потребою та реальним зверненням за допомогою, що відображено в таблиці 2.9. Лише 5 осіб (16,7%) відповіли, що вже звертаються за психологічною допомогою та отримують її, що є надзвичайно низьким показником з урахуванням того, що понад 40% учасників мають клінічно значущі симптоми посттравматичного стресу, тривожності або депресії. Ще 7 осіб (23,3%) планують звернутися за допомогою, що свідчить про усвідомлення потреби, але наявність бар'єрів для реального звернення. Невпевнені щодо потреби в допомозі 9 осіб (30%), що може відображати як недостатнє розуміння власного психологічного стану, так і амбівалентність щодо психологічних послуг. Не вважають, що потребують допомоги, 6 осіб (20%), які відповіли швидше ні, та 3 особи (10%), які відповіли точно ні. Сукупно 30% учасників заперечують потребу в психологічній допомозі, хоча об'єктивні показники можуть свідчити про

протилежне, що підтверджує наявність стигми щодо психологічних проблем та необхідність роботи над формуванням культури психологічного здоров'я в військовому середовищі.

Таблиця 2.9 – Потреба в професійній психологічній допомозі

Потреба в професійній психологічній допомозі	Кількість осіб	Відсоток
так, вже звертався і отримую допомогу	5	16,7%
так, планую звернутися	7	23,3%
не впевнений, можливо потрібна	9	30,0%
швидше ні	6	20,0%
точно ні, не потрібна	3	10,0%
Загалом	30	100%

Кореляційний аналіз між різними показниками психологічного стану виявив статистично значущі взаємозв'язки, що підтверджують теоретичні припущення про комплексний характер психологічних труднощів після травматичного досвіду. Виявлено сильний позитивний зв'язок між частотою нав'язливих спогадів та рівнем тривожності, що свідчить про те, що неконтрольована активація травматичних спогадів підсилює загальну тривожність. Також виявлено значущий зв'язок між частотою нав'язливих спогадів та проблемами зі сном, що підтверджує роль нічних кошмарів у порушенні сну. Помірний позитивний зв'язок виявлено між тривалістю перебування в зоні бойових дій та частотою нав'язливих спогадів, що підтверджує гіпотезу про кумулятивний ефект експозиції до травматичних подій. Водночас зв'язок не є лінійним для всіх учасників, що свідчить про роль індивідуальних чинників стійкості.

Важливий негативний зв'язок виявлено між рівнем соціальної підтримки та вираженістю депресивних симптомів: чим вище рівень підтримки з боку близьких, тим нижча ймовірність втрати інтересу до раніше приємних активностей. Це підтверджує протективну роль соціальної підтримки проти розвитку депресії. Також виявлено, що учасники, які використовують адаптивні копінг-стратегії, такі як фізична активність або спілкування з близькими, мають нижчі показники тривожності та депресивних симптомів

порівняно з тими, хто використовує дезадаптивні стратегії, такі як алкоголь або ізоляція. Особливо тривожним є виявлений зв'язок між використанням алкоголю як копінг-стратегії та труднощами контролю гніву, що може свідчити про формування замкненого кола, коли алкоголь тимчасово знижує стрес, але погіршує емоційну регуляцію, що призводить до більшої потреби в алкоголі.

2.4. Інтерпретація результатів та порівняння з теоретичними моделями

Інтерпретація отриманих результатів у контексті теоретичних моделей реадаптації дозволяє глибше зрозуміти механізми виникнення психологічних труднощів та визначити оптимальні напрямки психологічного втручання. Високі показники нав'язливих спогадів та нічних кошмарів, виявлені у 63,3% учасників з періодичними проявами та 26,6% з частими проявами, відповідають травма-орієнтованій моделі, яка пояснює ці симптоми як наслідок неадекватної переробки травматичних спогадів. Згідно з цією моделлю, травматичні події кодуються в пам'яті у фрагментованому вигляді з високою сенсорною насиченістю, але без належного контекстуального обрамлення, що робить їх схильними до неконтрольованої активації під впливом нагадувань. Відсутність чіткої межі між воєнним та мирним станом в умовах триваючого конфлікту може ускладнювати процес переробки травматичних спогадів, оскільки неможливість завершити травматичний період та перейти до безпечного середовища перешкоджає природним процесам адаптації.

Високі показники тривожності, виявлені у 43,3% учасників з частими або щоденними проявами, можуть бути інтерпретовані через когнітивно-біхевіоральну модель як наслідок формування дезадаптивних когнітивних схем щодо небезпечності світу та власної вразливості. Тривалий досвід перебування в умовах реальної загрози життю призводить до надактивації системи виявлення загроз, що еволюційно є адаптивним механізмом

виживання в небезпечному середовищі. Проте після повернення до відносно безпечних умов ця гіперактивація не зникає автоматично, а продовжує функціонувати, призводячи до постійного стану настороженості, переоцінки загроз у безпечних ситуаціях та генералізованої тривожності. Когнітивно-біхевіоральна терапія в цьому контексті має бути спрямована на ідентифікацію та корекцію дезадаптивних переконань про небезпечність мирного середовища та формування більш реалістичної оцінки ризиків.

Виражені симптоми депресії, зокрема ангедонія, виявлені у 36,7% учасників, можуть бути проінтерпретовані через екзистенційну модель як прояв кризи сенсу та цінностей. Бойовий досвід часто призводить до трансформації ціннісної системи, коли попередні життєві пріоритети та джерела задоволення втрачають свою значущість у порівнянні з екстремальним досвідом та екзистенційними питаннями життя і смерті. Військовослужбовці після повернення з війни можуть відчувати, що мирне життя є поверхневим та позбавленим справжнього сенсу, що їхня ідентичність як захисників є більш автентичною та значущою, ніж будь-які цивільні ролі. Екзистенційна терапія в цьому контексті має допомогти військовослужбовцям інтегрувати бойовий досвід у більш широку життєву перспективу, знайти нові джерела сенсу в мирному житті та побудувати ідентичність, яка включає як військовий досвід, так і інші аспекти особистості.

Проблеми зі сном, виявлені у 50% учасників з регулярними проявами, відображають дисрегуляцію автономної нервової системи внаслідок хронічного стресу. Тривале перебування в стані підвищеної активації призводить до порушення балансу між симпатичною та парасимпатичною системами, що виявляється в труднощах переходу до стану релаксації, необхідного для засинання. Нічні кошмари додатково порушують якість сну, створюючи асоціацію між сном та небезпекою, що може призводити до страху засинання. Полівагальна теорія пропонує нейрофізіологічне пояснення цих порушень через концепцію дисрегуляції вентрального вагального комплексу, відповідального за стан соціальної взаємодії та безпеки. Терапевтичні

втручання мають включати техніки відновлення вагального тонусу через дихальні вправи, прогресивну м'язову релаксацію та інші соматичні практики.

Труднощі регуляції афективних станів, зокрема контролю гніву та дратівливості, виявлені у 43,3% учасників, можуть бути інтерпретовані як наслідок порушення функціонування префронтальних відділів кори головного мозку, відповідальних за емоційну регуляцію, внаслідок тривалого стресу. Хронічний стрес та підвищений рівень кортизолу негативно впливають на функціонування гіпокампа та префронтальної кортекс, що виявляється в зниженні здатності до когнітивного контролю емоцій. Водночас підвищена дратівливість може бути функціональною в бойових умовах, де швидка та агресивна реакція на загрозу може бути необхідною для виживання, проте стає дезадаптивною в мирному житті. Схема-терапія в цьому контексті може допомогти ідентифікувати ранні дезадаптивні схеми, що активуються в ситуаціях фрустрації, та розвинути альтернативні способи реагування.

Виявлений зв'язок між рівнем соціальної підтримки та вираженістю депресивних симптомів підтверджує системну модель реадаптації, яка наголошує на критичній ролі соціального оточення у процесі відновлення після травми. Соціальна підтримка виконує кілька функцій: емоційну через надання розуміння та емпатії, інструментальну через практичну допомогу, інформаційну через поради та перспективи, а також функцію соціального порівняння та нормалізації власного досвіду. Недостатня соціальна підтримка, виявлена у 23,3% учасників, може як бути наслідком об'єктивної відсутності підтримуючого оточення, так і результатом власної поведінки військовослужбовця, який уникає соціальних контактів або не вміє приймати підтримку. Системні втручання мають включати роботу з родиною та найближчим оточенням військовослужбовця для підвищення їхньої здатності надавати адекватну підтримку.

Аналіз копінг-стратегій виявив як адаптивні, так і дезадаптивні патерни подолання стресу, що відповідає транстеоретичній моделі копінгу, яка розрізняє проблемно-орієнтовані, емоційно-орієнтовані та дисфункціональні

копінг-стратегії. Високий відсоток використання фізичної активності (60%) та спілкування з близькими (50%) є позитивним показником, оскільки ці стратегії мають доведену ефективність для зниження стресу та покращення психологічного благополуччя. Проте викликає занепокоєння той факт, що 26,7% учасників використовують алкоголь як копінг-стратегію, оскільки це створює високий ризик розвитку залежності та погіршення психологічного стану в довгостроковій перспективі. Використання ізоляції як стратегії (20%) також є дезадаптивним, оскільки соціальне відключення позбавляє людину необхідної підтримки та може посилювати депресивні та тривожні симптоми.

Надзвичайно низький відсоток звернення за професійною психологічною допомогою (16,7%) на фоні високої поширеності клінічно значущих симптомів (понад 40%) свідчить про наявність значних бар'єрів для доступу до психологічних послуг або стигматизації психологічних проблем у військовому середовищі. Дослідження показують, що основними бар'єрами є побоювання негативних наслідків для військової кар'єри, страх бути сприйнятим як слабкий або неспроможний виконувати службові обов'язки, недовіра до ефективності психологічної допомоги та організаційні перешкоди у вигляді обмеженої доступності кваліфікованих спеціалістів. Подолання цих бар'єрів вимагає комплексного підходу, що включає зміну організаційної культури, нормалізацію звернення за психологічною допомогою, забезпечення конфіденційності та доступності послуг.

Якісний аналіз описів труднощів реадаптації виявив феномен моральної травми, який часто залишається поза увагою стандартних підходів до посттравматичного стресу. Морально травмуючими є ситуації, коли людина стає свідком або учасником подій, що глибоко суперечать її моральним цінностям та переконанням, що призводить до почуття провини, сорому, втрати довіри до себе та інших. На відміну від класичного посттравматичного стресового розладу, що виникає у відповідь на загрозу життю, моральна травма пов'язана з порушенням моральних норм та може мати інші психологічні наслідки, включаючи екзистенційну кризу, відчуження від

власних цінностей та духовний дистрес. Робота з моральною травмою вимагає специфічних терапевтичних підходів, що включають експлікацію моральних дилем, інтеграцію досвіду в контексті екстремальних обставин та формування самопрощення.

Виявлені труднощі адаптації до мирного ритму життя та відчуття нереальності цивільного існування можуть бути інтерпретовані через концепцію культурного шоку, коли військовослужбовець переживає не просто повернення до попереднього життя, а перехід між двома радикально різними культурними контекстами - військовим та цивільним [3]. Військова культура характеризується чіткою структурою, ієрархією, колективізмом, фокусом на місії та високою значущістю, тоді як цивільна культура є більш індивідуалістичною, різноманітною та менш структурованою. Цей культурний розрив може створювати відчуття відчуження та ностальгію за військовим середовищем, де людина відчувала себе більш компетентною та потрібною. Системні втручання мають включати підготовку військовослужбовців до культурних відмінностей та розвиток навичок міжкультурної адаптації.

Порівняння отриманих результатів з міжнародними дослідженнями психологічного стану військовослужбовців показує, що показники поширеності посттравматичних симптомів, тривожності та депресії серед українських військових є співставними або дещо вищими, ніж у військовослужбовців інших країн, які брали участь у збройних конфліктах [34]. Проте важливо враховувати специфіку триваючого воєнного стану, коли відсутність чіткого завершення конфлікту та постійна загроза повторної мобілізації створюють додаткові стресори, що не притаманні ситуації післяконфліктної реабілітації в країнах, де бойові дії завершилися. Ця специфіка вимагає адаптації традиційних моделей реабілітації до умов триваючого конфлікту з фокусом не лише на опрацювання минулого травматичного досвіду, але й на підтримання психологічної стійкості в умовах триваючої невизначеності та загрози.

РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ТА ПРАКТИЧНІ ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ РЕАДАПТАЦІЇ

3.1. Принципи ефективної реадаптації: гуманістичний підхід, підтримка спільноти, самоусвідомлення, прийняття травматичного досвіду

Ефективна реадаптація військовослужбовців після виконання бойових завдань базується на комплексі взаємопов'язаних принципів, що визначають філософію та практику психологічного втручання. Гуманістичний підхід як фундаментальний принцип реабілітації передбачає визнання унікальності кожної особистості, поваги до її досвіду, цінностей та права на самовизначення. На відміну від медичної моделі, що розглядає посттравматичні симптоми виключно як патологію, що потребує лікування, гуманістичний підхід визнає посттравматичні реакції як нормальні відповіді на ненормальні обставини, що відображають спроби людини впоратися з екстремальним досвідом [41]. Цей погляд дозволяє знизити стигматизацію психологічних труднощів та заохотити військовослужбовців до звернення за допомогою, оскільки психологічні симптоми розглядаються не як ознака слабкості або неспроможності, а як зрозумілі наслідки надзвичайних обставин.

Центральною ідеєю гуманістичного підходу є віра в природну здатність людини до росту, самоактуалізації та відновлення за умови створення сприятливого середовища. Роль психолога або психотерапевта полягає не в експертному виправленні дефектів, а в фасилітації природних процесів зцілення через створення безпечних та підтримуючих умов, де військовослужбовець може дослідити власний досвід, усвідомити свої почуття та потреби, а також знайти власні шляхи інтеграції травматичного досвіду у цілісну життєву історію [12]. Важливими елементами гуманістичного підходу є безумовне позитивне ставлення, емпатійне розуміння та конгруентність терапевта, що створюють атмосферу довіри та прийняття, необхідну для глибокої терапевтичної роботи. Військовослужбовці, які часто зіштовхуються

з жорсткими та авторитарними структурами в військовому середовищі, можуть особливо цінувати можливість бути почутими та прийнятими без оцінки або критики.

Принцип підтримки спільноти визнає фундаментальну соціальну природу людини та критичну роль міжособистісних зв'язків у процесі відновлення після травми. Ізоляція та відчуженість є одними з найбільш руйнівних наслідків травматичного досвіду, оскільки руйнують базове почуття приналежності та безпеки в соціальному світі [3]. Підтримка спільноти включає кілька рівнів: найближче коло у вигляді родини та друзів, військова спільнота у вигляді побратимів та ветеранських організацій, а також ширша громада та суспільство в цілому. Кожен рівень виконує специфічні функції в процесі реадаптації. Родина надає емоційну підтримку, турботу та безумовне прийняття, створюючи почуття стабільності та нормальності. Військова спільнота забезпечує унікальне розуміння, яке може прийти лише від людей з подібним досвідом, підтверджує цінність пережитого та зберігає військову ідентичність, яка залишається важливою частиною самосприйняття багатьох ветеранів.

Групова терапія та групи взаємопідтримки для ветеранів є практичною реалізацією принципу підтримки спільноти, оскільки створюють структуроване середовище для соціальної взаємодії, обміну досвідом та взаємодопомоги [12]. У груповому контексті військовослужбовці можуть подолати відчуття ізоляції та унікальності своїх проблем через усвідомлення того, що інші мають подібні труднощі, можуть навчитися нових копінг-стратегій через спостереження за іншими учасниками, отримати зворотний зв'язок та підтримку від людей, які розуміють специфіку військового досвіду. Особливо цінною є можливість не лише отримувати підтримку, але й надавати її іншим, що відновлює почуття власної цінності та компетентності. Ширша громада та суспільство відіграють роль через визнання та вдячність за служіння, що підтверджує значущість жертв, принесених

військовослужбовцями, та полегшує інтеграцію бойового досвіду в осмислену життєву історію.

Принцип самоусвідомлення базується на розумінні того, що ефективна реадаптація вимагає глибокого дослідження власного внутрішнього досвіду, включаючи емоції, думки, тілесні відчуття, цінності та переконання. Травматичний досвід часто призводить до відчуження від власних почуттів та потреб через механізми психологічного захисту, такі як дисоціація, витіснення або емоційне заціпеніння, які хоча й захищають від непереносимого болю в короткостроковій перспективі, але перешкоджають переробці травми та відновленню цілісності особистості в довгостроковій [2]. Розвиток самоусвідомлення включає навчання спостереженню за власними внутрішніми станами без негайного оцінювання або намагання змінити їх, що є ключовою навичкою майндфулнес або усвідомленості.

Практики майндфулнес, що включають медитацію усвідомленості, усвідомлене дихання, сканування тіла та інші техніки, допомагають розвинути здатність до неоціночного спостереження за власним досвідом у поточному моменті [12]. Це особливо важливо для військовослужбовців, які можуть автоматично реагувати на внутрішні або зовнішні тригери способами, сформованими в бойових умовах, але дезадаптивними в мирному житті. Усвідомлення автоматичних реакцій створює простір для вибору альтернативних відповідей, що більше відповідають поточній ситуації та власним цінностям. Наприклад, військовослужбовець може усвідомити, що гучний звук автоматично викликає реакцію страху та готовності до дії, але через усвідомлення цієї реакції може зробити вибір нагадати собі, що перебуває в безпечному середовищі, і використати дихальні техніки для заспокоєння замість імпульсивної реакції.

Самоусвідомлення також включає дослідження глибинних переконань та схем, що керують сприйняттям та поведінкою. Схема-терапія пропонує структурований підхід до ідентифікації ранніх дезадаптивних схем, які могли існувати до травматичного досвіду, але були активовані або посилені ним, а

також до формування нових, більш здорових схем [12]. Наприклад, військовослужбовець з схемою недовіри та очікування шкоди може після травматичного досвіду розвинути ще більш виражені проблеми довіри до оточуючих, що ускладнює формування підтримуючих стосунків. Усвідомлення цієї схеми та її походження дозволяє працювати над її модифікацією через нові досвіди безпечних стосунків та когнітивну реструктуризацію. Важливим аспектом самоусвідомлення є також дослідження власних цінностей та сенсу життя, особливо в контексті того, як бойовий досвід вплинув на ціннісну систему та життєві пріоритети.

Принцип прийняття травматичного досвіду представляє парадоксальний, але критично важливий аспект реадаптації, оскільки намагання уникнути, заперечити або витіснити травматичні спогади та пов'язані з ними емоції часто призводить до посилення симптомів та хронізації психологічних труднощів. Терапія прийняття та відповідальності формулює цей принцип через концепцію креативної безпорадності, яка передбачає усвідомлення обмеженості контролю над внутрішнім досвідом та марності зусиль позбутися неприємних думок та почуттів через їх придушення або уникнення [12]. Замість цього пропонується радикальне прийняття внутрішнього досвіду таким, яким він є, що не означає пасивної смиренності або відмови від змін, а скоріше активну готовність переживати неприємні емоції та думки як частину людського досвіду без надмірної боротьби з ними.

Прийняття травматичного досвіду включає кілька аспектів. По-перше, визнання реальності того, що сталося, без мінімізації, раціоналізації або заперечення. Деякі військовослужбовці можуть намагатися применшити значущість пережитого через твердження, що інші пережили гірше, або що вони просто виконували свій обов'язок, що хоча й може бути правдою, не скасовує легітимності власних страждань [41]. По-друге, прийняття включає дозвіл собі переживати складні емоції, такі як горе за втраченими товаришами, провина за дії, скоєні або не скоєні в екстремальних обставинах, гнів на несправедливість ситуації або страх перед уразливістю. Ці емоції можуть бути

надзвичайно болючими, і природним імпульсом є намагання уникнути їх, проте саме їх переживання та експресія в безпечному терапевтичному контексті є необхідною умовою зцілення.

По-третє, прийняття включає інтеграцію травматичного досвіду в автобіографічну пам'ять та загальну життєву історію як значущої, хоча й болючої частини особистої історії. Це не означає, що травма стає позитивним досвідом, але що вона перестає бути фрагментованим та ізольованим спогадом, що існує поза часом, і стає частиною минулого, яке можна згадувати без непереносимого дистресу [2]. Наративні підходи в терапії травми допомагають військовослужбовцям сконструювати зв'язну розповідь про травматичний досвід, що включає контекст, послідовність подій, емоційні реакції та значення, яке це має для розуміння себе та світу. Процес розповідання травматичної історії в присутності емпатійного слухача сам по собі має терапевтичний ефект, оскільки перетворює приватне страждання на спільний досвід та робить непереносиме переносимим через його визнання іншою людиною.

По-четверте, прийняття може включати пошук посттравматичного зростання як можливості трансформувати травматичний досвід у джерело особистісної зрілості, мудрості та сили. Дослідження посттравматичного зростання показують, що багато людей, які пережили травматичні події, повідомляють про позитивні зміни в різних сферах життя, включаючи поглиблені міжособистісні стосунки, більшу цінність життя, відчуття особистісної сили, нові можливості та духовний розвиток [12]. Важливо підкреслити, що посттравматичне зростання не заперечує страждання та не означає, що травма була благом, але визнає людську здатність знаходити сенс та цінність навіть у найважчих обставинах. Робота над посттравматичним зростанням має розпочинатися лише після адекватного опрацювання травматичного досвіду та стабілізації психологічного стану, оскільки передчасний фокус на позитивних аспектах може сприйматися як інвалідація страждання.

3.2. Розробка програми психологічної підтримки (індивідуальна та групова робота)

Комплексна програма психологічної підтримки військовослужбовців має включати як індивідуальну, так і групову роботу, оскільки ці формати втручання адресують різні аспекти реадаптації та доповнюють один одного. Індивідуальна психотерапія надає можливість для глибокого особистого дослідження унікального досвіду, роботи з інтимними або соромливими аспектами травми, які людина може не бути готовою ділитися в групі, а також для адаптації терапевтичних підходів до специфічних потреб конкретної особи [12]. Групова робота забезпечує соціальну підтримку, нормалізацію досвіду, можливість навчатися від інших та практикувати нові навички в безпечному соціальному контексті. Програма має бути структурована поетапно, з чітким розумінням цілей та завдань кожного етапу, проте водночас достатньо гнучкою для адаптації до індивідуальних особливостей та темпу роботи кожного учасника.

Перший етап програми спрямований на стабілізацію психологічного стану та формування навичок саморегуляції. Багато військовослужбовців після повернення з виконання бойових завдань перебувають у стані хронічної гіперактивації або емоційної нестабільності, що робить неможливою глибоку терапевтичну роботу без попереднього розвитку ресурсів для управління інтенсивними емоціями. Індивідуальна робота на цьому етапі включає психоедукацію щодо нормальних реакцій на травму, що допомагає нормалізувати досвід та знизити стурбованість власним станом, навчання техніками заземлення для управління дисоціативними станами, коли людина втрачає контакт з реальністю або відчуває себе відірваною від власного тіла, дихальним технікам для активації парасимпатичної нервової системи та зниження фізіологічної активації, а також прогресивній м'язовій релаксації для зниження хронічної тілесної напруги [12].

Групова робота на етапі стабілізації включає психоедукаційні групи, де учасники отримують інформацію про фізіологію стресу, симптоми посттравматичного стресу, здорові та нездорові способи подолання, а також ресурси підтримки. Формат психоедукації в групі має перевагу над індивідуальною роботою, оскільки дозволяє учасникам взаємодіяти, ділитися власним досвідом та навчатися один від одного. Тренінги навичок саморегуляції також можуть проводитися в групі, що створює можливість для практики під керівництвом фасилітатора та отримання підтримки від інших учасників. Важливим компонентом цього етапу є формування терапевтичного альянсу між учасником та психологом, що базується на довірі, повазі та співпраці. Для військовослужбовців, які можуть мати скептичне ставлення до психологічної допомоги або побоювання стигматизації, встановлення довіри є критично важливим для подальшої роботи.

Другий етап програми зосереджений на опрацюванні травматичного досвіду через експозицію до травматичних спогадів у безпечному терапевтичному контексті. Індивідуальна терапія на цьому етапі може включати пролонговану експозиційну терапію, що передбачає багаторазове переказування травматичної події в деталях у присутності терапевта, що дозволяє переробити травматичні спогади та знизити їх емоційну інтенсивність [29]. Процедура включає ідентифікацію найбільш дистресуючих аспектів травматичної події, поступову експозицію до них через уявну експозицію, коли учасник детально уявляє та описує травматичну подію, та in vivo експозицію до ситуацій або місць, яких людина уникає через їх асоціацію з травмою. Важливим елементом є обробка експозиції після кожної сесії, коли терапевт допомагає учаснику ідентифікувати когнітивні спотворення або дезадаптивні переконання, що виявилися під час експозиції, та працювати над їх модифікацією.

Когнітивна процесуальна терапія є альтернативним підходом, що фокусується на ідентифікації та зміні дезадаптивних переконань щодо травми, себе та світу, які підтримують посттравматичні симптоми [12]. Типові

дезадаптивні переконання включають надмірне почуття відповідальності за травматичну подію, переконання в тотальній небезпечності світу, сприйняття себе як неспроможної або пошкодженої особи, а також переконання в неможливості довіряти іншим. Терапевт допомагає учаснику ідентифікувати ці переконання через сократівський діалог, перевірити їх обґрунтованість через аналіз фактів та альтернативних інтерпретацій, а також сформувати більш збалансовані та реалістичні переконання. Десенсибілізація та переробка рухами очей може бути використана як додатковий метод для полегшення переробки травматичних спогадів через білатеральну стимуляцію, що активує природні механізми обробки травматичної інформації.

Групова робота на етапі опрацювання травми може включати терапевтичні групи для ветеранів, де учасники мають можливість ділитися своїми історіями в підтримуючому середовищі людей з подібним досвідом. Формат групової терапії має бути ретельно структурований для забезпечення психологічної безпеки всіх учасників, що включає встановлення чітких правил конфіденційності, поваги та підтримки, а також активну роль фасилітатора в модерації обговорення та запобіганні ретравматизації [12]. Важливо, щоб фасилітатори мали досвід роботи з травмою та розуміли динаміку групових процесів, оскільки неправильно проведена група може призвести до погіршення стану учасників через вторинну травматизацію від слухання історій інших або через відчуття тиску ділитися досвідом до готовності. Груповий формат має особливу цінність для роботи з моральною травмою, оскільки почуття провини та сорому часто краще опрацьовуються в контексті соціального визнання та прощення від інших.

Третій етап програми спрямований на розвиток нових навичок та реінтеграцію в цивільне життя. Індивідуальна робота на цьому етапі може включати професійну орієнтацію та планування кар'єри для військовослужбовців, які завершують військову службу або шукають додаткових можливостей самореалізації, роботу над відновленням або побудовою міжособистісних стосунків, що можуть бути порушені внаслідок

травматичного досвіду, а також підтримку в розвитку нової ідентичності, яка інтегрує військовий досвід, але не обмежується ним [41]. Для багатьох ветеранів втрата військової ідентичності після завершення служби може бути додатковим джерелом стресу, оскільки військова роль надавала чіткий сенс, структуру та приналежність. Робота над формуванням цивільної ідентичності вимагає дослідження власних інтересів, цінностей та можливостей поза військовою сферою, а також прийняття того, що військовий досвід залишається важливою, але не єдиною частиною особистої історії.

Групова робота на етапі реінтеграції може включати групи розвитку соціальних навичок для практики комунікації, вирішення конфліктів та співпраці в цивільному контексті, що відрізняється від військової культури. Також можуть бути корисними групи взаємопідтримки, де ветерани можуть продовжувати підтримувати один одного після завершення інтенсивної терапії, обмінюватися практичними порадами щодо працевлаштування, освіти, використання соціальних послуг та інших аспектів цивільного життя [3]. Важливим компонентом реінтеграції є також залучення ветеранів до суспільно корисної діяльності, волонтерства або менторства для молодших військовослужбовців, що може надавати сенсу та мети після завершення активної військової служби. Участь у ветеранських організаціях та ініціативах також підтримує збереження військової ідентичності та приналежності до спільноти, що є важливим для багатьох ветеранів.

Сімейна терапія є важливим компонентом комплексної програми підтримки, оскільки травматичний досвід військовослужбовця впливає на всю родинну систему [22]. Сімейна робота може включати психоедукацію для членів родини щодо посттравматичного стресу та його впливу на поведінку та емоції, навчання комунікативним навичкам для відновлення емоційної близькості та довіри, вирішення конфліктів, що виникли внаслідок змін у військовослужбовця або напруження, пов'язаного з його відсутністю, а також перерозподіл ролей у родині, оскільки після повернення може виникнути необхідність переосмислення функцій кожного члена родини. Важливо також

приділяти увагу потребам членів родини, які можуть переживати вторинну травматизацію, тривожність щодо безпеки військовослужбовця або власні психологічні труднощі.

Тривалість програми психологічної підтримки має бути індивідуалізованою залежно від вираженості симптомів, темпу прогресу та особистих потреб учасника. Інтенсивні програми можуть тривати від 4 до 8 тижнів з щоденними або частими сесіями, що може бути доречним для осіб з гострими симптомами, які потребують інтенсивного втручання. Стандартні програми зазвичай тривають від 3 до 6 місяців з щотижневими сесіями індивідуальної та/або групової терапії [12]. Довготривалі програми підтримки можуть продовжуватися протягом року або більше з поступовим зменшенням частоти сесій по мірі стабілізації стану та розвитку навичок самостійного управління симптомами. Важливо також планувати подальші зустрічі після завершення основної програми для моніторингу стану та своєчасного втручання у разі погіршення або виникнення нових труднощів.

3.3. Практичні рекомендації для психологів, командирів, родичів військовослужбовців

Практичні рекомендації для психологів, які працюють з військовослужбовцями, включають необхідність постійного професійного розвитку та спеціалізації в галузі травма-орієнтованих підходів. Робота з травмою вимагає специфічних компетенцій, які виходять за межі базової психологічної освіти, включаючи глибоке розуміння нейробіології травми, володіння спеціалізованими терапевтичними протоколами та здатність створювати безпечне терапевтичне середовище для опрацювання екстремального досвіду [12]. Психологи мають регулярно проходити тренінги та супервізію, особливо коли працюють з методами, що включають експозицію до травматичного матеріалу, оскільки неправильно проведена експозиційна терапія може призвести до ретравматизації клієнта. Також

важливим є розуміння специфіки військової культури, цінностей, норм поведінки та комунікативних стилів, що притаманні військовому середовищу, оскільки це дозволяє будувати ефективний терапевтичний альянс та адаптувати мову терапії до культурного контексту клієнта.

Психологам необхідно розвивати культурну компетентність у роботі з військовослужбовцями, що включає розуміння того, що військова ідентичність є важливою частиною самосприйняття багатьох клієнтів, визнання цінності військового досвіду та уникнення патологізації або віктимізації [28]. Деякі військовослужбовці можуть сприймати терапевтів-цивільних з підозрою або вважати, що вони не зможуть їх зрозуміти без власного досвіду служби. Психологам важливо визнавати цю можливу бар'єру та активно будувати довіру через демонстрацію поваги, зацікавленості та щирого бажання допомогти. Використання мови, яка резонує з військовими цінностями, такими як сила, витривалість, місія та товариство, може полегшити прийняття терапії. Наприклад, терапія може бути представлена не як лікування слабкості, а як тренування нових навичок для виконання місії повернення до повноцінного життя.

Критично важливим для психологів є турбота про власне психічне здоров'я та профілактика вторинної травматизації або професійного вигорання. Постійне слухання травматичних історій та співпереживання клієнтам може призводити до емоційного виснаження, розвитку симптомів вторинного травматичного стресу та втрати професійної ефективності [13]. Психологи мають регулярно використовувати практики самодопомоги, включаючи достатній відпочинок, фізичну активність, хобі та соціальну підтримку, встановлювати професійні межі між робочим та особистим життям, а також регулярно отримувати супервізію або власну терапію для опрацювання складних емоційних реакцій, що виникають у роботі. Підтримка з боку колег та можливість обговорювати складні випадки в команді також є важливим ресурсом для збереження професійного здоров'я.

Рекомендації для командирів підрозділів включають створення організаційної культури, яка підтримує психологічне здоров'я та заохочує звернення за допомогою при виникненні труднощів. Командири відіграють критичну роль у формуванні ставлення підлеглих до психологічних проблем через власні висловлювання та поведінку [19]. Якщо командир демонструє стигматизуюче ставлення до психологічних проблем або створює враження, що звернення за допомогою буде сприйматися як слабкість, військовослужбовці будуть уникати звертатися навіть за необхідності. Навпаки, командири, які відкрито говорять про важливість психологічного здоров'я, нормалізують звернення за допомогою як ознаку відповідальності та сили, а також самі демонструють використання ресурсів підтримки, створюють середовище, де військовослужбовці почуваються безпечно звертатися за допомогою.

Командирам рекомендується проводити регулярний моніторинг психологічного стану підлеглих через неформальні розмови, спостереження за змінами в поведінці або ефективності, а також через періодичні структуровані оцінки з використанням скринінгових інструментів [20]. Ранні ознаки психологічних труднощів можуть включати зміни в настрої, дратівливість, соціальну ізоляцію, зниження продуктивності, збільшення кількості помилок, порушення дисципліни або вживання алкоголю чи інших речовин. При виявленні таких ознак командир має ініціювати приватну конфіденційну розмову з підлеглим, виразити турботу без звинувачень або осуду, запропонувати підтримку та направити до психолога або іншого фахівця за необхідності. Важливо підкреслити, що звернення за допомогою не матиме негативних наслідків для кар'єри і що пріоритетом є благополуччя військовослужбовця.

Командирам також рекомендується забезпечувати адекватні умови для відпочинку та відновлення після виконання інтенсивних бойових завдань, оскільки тривале перебування в стресових умовах без достатнього відпочинку є основним чинником ризику розвитку психологічних порушень [12]. Ротація

підрозділів, надання відпусток та створення умов для відпочинку між періодами активних дій є не лише питанням дбайливості, але й необхідною умовою збереження боєздатності. Командири також мають підтримувати згуртованість підрозділу та товариство між військовослужбовцями, оскільки соціальна підтримка від побратимів є одним із найпотужніших протективних факторів. Спільні активності, традиції та ритуали підрозділу, визнання досягнень та підтримка в складних ситуаціях сприяють формуванню сильних соціальних зв'язків, які підтримують психологічну стійкість.

Рекомендації для родичів військовослужбовців включають необхідність освіти щодо нормальних реакцій на травму та розуміння того, що зміни в поведінці або емоціях близької людини після повернення з виконання бойових завдань є зрозумілими наслідками екстремального досвіду [22]. Родичам важливо розуміти, що військовослужбовець не може просто «забути» або «перестати думати» про те, що пережив, і що одужання є процесом, який потребує часу та підтримки. Освітні ресурси для родин можуть включати брошури, онлайн-матеріали, вебінари або очні групи для родичів, де вони можуть дізнатися про посттравматичний стрес, ефективні способи підтримки та самодопомоги для себе.

Родичам рекомендується підтримувати відкриту комунікацію з військовослужбовцем, створюючи простір для розмови, якщо він хоче поділитися своїм досвідом, але не тиснути і не вимагати розповідей, якщо він не готовий [3]. Важливо слухати без осуду, критики або намагання негайно вирішити проблему, оскільки часто військовослужбовцю потрібна не порада, а просто можливість бути почутим та зрозумілим. Родичам слід уникати висловлювань на кшталт того, що військовослужбовець має бути вдячним за те, що вижив, або що інші пережили гірше, оскільки такі коментарі можуть інвалідувати переживання та відштовхнути людину від подальшої відвертості. Замість цього корисними є висловлювання підтримки, визнання складності пережитого та готовності бути поруч незалежно від труднощів.

Родичам важливо турбуватися про власне психічне здоров'я, оскільки підтримка близької людини з посттравматичними симптомами може бути емоційно виснажливою [42]. Вторинна травматизація членів родини є реальним ризиком, особливо для тих, хто має високий рівень емпатії та глибоку емоційну прив'язаність до військовослужбовця. Родичам рекомендується шукати власну підтримку через друзів, групи для родин ветеранів або професійну консультацію, підтримувати власні інтереси та активності, а не повністю занурюватися в проблеми військовослужбовця, встановлювати здорові межі у стосунках, особливо якщо поведінка військовослужбовця стає деструктивною або загрозливою. Родичі не несуть відповідальності за одужання військовослужбовця і не можуть «вилікувати» його власними зусиллями, проте можуть створити підтримуюче середовище, яке сприяє процесу відновлення.

Дітям військовослужбовців також потрібна особлива увага та підтримка, оскільки вони можуть переживати тривожність щодо безпеки батька або матері, конфлікти лояльності, якщо батьки мають труднощі у стосунках, або власні емоційні проблеми внаслідок змін у родині [22]. Батькам рекомендується надавати дітям вікову відповідну інформацію про те, що відбувається, підтримувати рутину та стабільність у житті дитини, давати можливість висловлювати почуття та ставити запитання, а також звертатися за професійною допомогою для дитини, якщо виникають ознаки психологічних труднощів, такі як регресивна поведінка, тривожність, проблеми в школі або соматичні скарги. Залучення дитини до підтримки військовослужбовця на доступному рівні, наприклад через малювання листівок або підготовку сюрпризів, може допомогти дитині почуватися частиною родинної команди та знизити відчуття безпорадності.

3.4. Перспективи подальших досліджень у сфері психологічної реабілітації військовослужбовців

Перспективи подальших досліджень у сфері психологічної реадаптації військовослужбовців включають кілька пріоритетних напрямків, які можуть значно поглибити розуміння феномену та покращити ефективність втручань. По-перше, необхідні лонгітюдні дослідження, які б відстежували динаміку психологічного стану військовослужбовців протягом тривалого періоду після завершення активних бойових дій. Більшість існуючих досліджень є кросекційними та фіксують стан на певний момент часу, що не дозволяє зрозуміти траєкторії одужання або ідентифікувати ранні предиктори довгострокових результатів [33]. Лонгітюдні дослідження могли б виявити, чи існують різні типи траєкторій адаптації, наприклад резильєнтна траєкторія з мінімальними симптомами протягом усього періоду, траєкторія відстроченої реакції з появою симптомів через певний час після травми, траєкторія одужання з поступовим зменшенням симптомів, або хронічна траєкторія з тривалим збереженням високого рівня симптомів.

Розуміння різних траєкторій адаптації дозволило б ідентифікувати чинники, що визначають належність до тієї чи іншої траєкторії, та розробити диференційовані підходи до втручання залежно від прогнозованого перебігу. Також лонгітюдні дослідження дозволили б вивчити феномен посттравматичного зростання в динаміці та з'ясувати, чи передує посттравматичне зростання зниженню симптомів, чи навпаки симптоми мають спочатку зменшитися для того, щоб стало можливим зростання, або ці процеси відбуваються паралельно [12]. Важливим також є вивчення довгострокових наслідків різних типів психологічних втручань, що дозволило б не лише оцінити безпосередню ефективність терапії, але й стійкість результатів у часі та можливі довгострокові побічні ефекти.

По-друге, перспективним напрямком є компаративні дослідження ефективності різних психотерапевтичних підходів для різних категорій військовослужбовців. Хоча когнітивно-біхевіоральна терапія та експозиційна терапія мають найбільш переконливу емпіричну базу для лікування посттравматичного стресового розладу, не всі клієнти однаково добре

реагують на ці підходи, і для деяких можуть бути більш ефективними альтернативні методи [29]. Необхідні дослідження, які б систематично порівнювали різні підходи, такі як когнітивно-біхевіоральна терапія, десенсибілізація та переробка рухами очей, терапія прийняття та відповідальності, схема-терапія, соматична терапія травми, наративна експозиційна терапія та інші, у однорідних групах військовослужбовців з контрольованими умовами дослідження. Також важливо ідентифікувати модератори ефективності терапії, тобто характеристики клієнта або ситуації, які визначають, для кого той чи інший підхід буде найбільш ефективним.

По-третє, актуальним є розвиток та валідація специфічних інструментів оцінки психологічного стану військовослужбовців, адаптованих до української мови та культурного контексту. Більшість існуючих діагностичних інструментів розроблені в західних країнах і можуть не повністю відображати специфіку переживань українських військовослужбовців [13]. Необхідна адаптація та валідація стандартизованих інструментів, таких як Шкала оцінки посттравматичного стресу для DSM-5, Шкала депресії Бека, Шкала тривоги Гамільтона, Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона та інших, що включає не лише переклад, але й перевірку психометричних властивостей на українській вибірці. Також можливе створення специфічних інструментів для оцінки аспектів, особливо релевантних для українського контексту, таких як моральна травма, проблеми реадаптації в умовах триваючого воєнного стану, або специфічні культурні чинники, що впливають на процес одужання.

По-четверте, важливим напрямком є дослідження біологічних маркерів посттравматичного стресу та резильєнтності, що може допомогти ідентифікувати осіб з високим ризиком розвитку психологічних порушень та розробити біологічно обґрунтовані втручання. Дослідження нейробіології травми показують, що посттравматичний стрес пов'язаний зі змінами в структурі та функціонуванні певних областей мозку, таких як гіпокамп, амігдала та префронтальна кора, а також з дисрегуляцією стресових систем,

включаючи вісь гіпоталамус-гіпофіз-наднирники [2]. Дослідження генетичних та епігенетичних чинників, що визначають вразливість або стійкість до травми, можуть допомогти зрозуміти індивідуальні відмінності в реакціях на стрес та розробити персоналізовані підходи до профілактики та лікування. Також перспективними є дослідження потенційних біомаркерів, таких як рівні кортизолу, цитокінів або нейротрофічних факторів, що могли б служити об'єктивними індикаторами стресу та ефективності втручань.

По-п'яте, необхідні дослідження превентивних програм, спрямованих на формування психологічної стійкості та попередження розвитку посттравматичних розладів. Більшість існуючих досліджень фокусуються на лікуванні вже розвинених порушень, тоді як превентивні втручання могли б значно зменшити масштаб проблеми через запобігання розвитку симптомів [15]. Програми психологічної підготовки перед направленням на виконання бойових завдань, тренінги стресостійкості, навчання навичкам саморегуляції та оперативні втручання одразу після травматичних подій можуть підвищити резильєнтність та знизити ризик хронізації посттравматичних реакцій. Необхідна систематична оцінка ефективності цих превентивних програм через рандомізовані контрольовані дослідження, що дозволило б ідентифікувати найбільш ефективні компоненти та оптимізувати програми.

По-шосте, важливим напрямком є вивчення специфіки гендерних відмінностей у переживанні травми та реадаптації, оскільки все більше жінок беруть участь у бойових діях, проте більшість досліджень проводилися на чоловічих вибірках [42]. Жінки-військовослужбовці можуть стикатися зі специфічними стресорами, такими як сексуальні домагання або насильство в військовому середовищі, гендерна дискримінація, труднощі балансування військової служби та материнства, а також соціальні очікування, що суперечать військовій ролі. Дослідження гендерних відмінностей у проявах посттравматичного стресу, копінг-стратегіях, соціальній підтримці та ефективності різних втручань дозволило б розробити гендерно-чутливі підходи до підтримки військовослужбовців.

По-сьоме, перспективним є дослідження впливу технологічних інновацій на процес реабілітації, зокрема використання віртуальної реальності для експозиційної терапії, мобільних додатків для моніторингу симптомів та самодопомоги, телемедицини для надання психологічної підтримки у віддалених регіонах, а також штучного інтелекту для персоналізації втручань [12]. Технологічні рішення можуть значно покращити доступність та масштабованість психологічних послуг, проте необхідні дослідження їхньої ефективності, прийнятності для користувачів та потенційних ризиків. По-восьме, важливими є дослідження системних та організаційних чинників, що впливають на ефективність надання психологічної підтримки військовослужбовцям, включаючи питання фінансування, підготовки фахівців, координації між різними установами та інтеграції психологічних послуг у загальну систему охорони здоров'я та соціального захисту [43].

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження психологічних особливостей реадаптації військовослужбовців під час воєнного стану дало змогу сформулювати низку важливих теоретичних висновків та практичних рекомендацій, що становлять вагомий внесок у розвиток вітчизняної військової психології. Комплексний аналіз теоретичних підходів до проблеми реадаптації засвідчив необхідність інтеграції різних психологічних парадигм для повноцінного розуміння складних процесів відновлення психологічного функціонування військовослужбовців після травматичних подій. Когнітивно-біхевіоральна модель виявилася найбільш ефективною для корекції дезадаптивних патернів мислення та поведінки, тоді як екзистенційний підхід забезпечив концептуальну основу для роботи з питаннями сенсу, цінностей та ідентичності, що зазнають трансформації внаслідок бойового досвіду. Травма-орієнтована терапія надала конкретні інструменти для опрацювання посттравматичних симптомів, а системний підхід дозволив враховувати вплив соціального оточення, родинних стосунків та суспільного контексту на процес реадаптації.

Емпіричне дослідження підтвердило наявність специфічних психологічних особливостей реадаптації військовослужбовців саме в умовах воєнного стану, які істотно відрізняються від класичних моделей посттравматичної адаптації. Виявлено, що тривалість та інтенсивність бойових дій прямо корелюють з рівнем психологічного дистресу, проте найбільш критичним фактором виявився не стільки об'єм травматичного досвіду, скільки суб'єктивна оцінка власної ефективності та сенсу участі у бойових діях. Військовослужбовці, які сприймали свою діяльність як значущу та цінну для захисту держави, демонстрували значно вищі показники психологічної стійкості навіть за умови інтенсивної травматизації. Водночас відсутність чіткої межі між воєнним та мирним станом створює специфічні труднощі реадаптації, оскільки військовослужбовці перебувають у стані

постійної мобілізаційної готовності та не можуть повноцінно завершити процес повернення до цивільного життя.

Аналіз емоційно-вольової сфери військовослужбовців виявив підвищену емоційну лабільність, труднощі регуляції афективних станів та схильність до уникнення емоційно насичених ситуацій як провідних захисних механізмів. Когнітивна сфера характеризувалася наявністю нав'язливих спогадів про травматичні події, труднощами концентрації уваги та схильністю до катастрофізації в оцінці поточних життєвих ситуацій. Соціальна сфера виявила найбільш драматичні зміни, включаючи відчуття відчуженості від цивільного населення, труднощі встановлення емоційно близьких контактів з родичами та друзями, що не мали бойового досвіду, а також конфлікти цінностей між військовим та цивільним середовищем. Особливо важливим виявився феномен так званого морального травмування, коли військовослужбовці переживають внутрішні конфлікти через дії, які суперечать їхнім глибинним моральним переконанням, навіть якщо ці дії були виправданими в контексті бойових дій.

Виявлено, що успішність реадаптації значною мірою визначається наявністю соціальної підтримки, яка виступає найпотужнішим протективним чинником проти розвитку посттравматичних розладів. При цьому найбільш ефективною виявилася підтримка з боку побратимів, які мають аналогічний досвід, оскільки вона забезпечує почуття розуміння та приналежності без необхідності пояснювати специфіку бойового досвіду. Родинна підтримка, хоча й важлива, часто ускладнюється труднощами комунікації та нерозумінням трансформацій, що відбулися з особистістю військовослужбовця. Професійна психологічна допомога виявилася найбільш ефективною тоді, коли надавалася фахівцями, які мали попередній досвід роботи з військовими або самі мали досвід служби, що підкреслює важливість емпатичного розуміння специфіки військової культури та бойового досвіду.

Розроблена програма психологічної підтримки інтегрує індивідуальну та групову роботу, поєднуючи елементи когнітивно-поведінкової терапії,

майндфулнес-практик, схема-терапії та терапії прийняття та відповідальності. Програма передбачає поетапну роботу від стабілізації емоційного стану та формування навичок саморегуляції до глибинного опрацювання травматичного досвіду та екзистенційної реконструкції власної ідентичності. Особливу увагу приділено розвитку резильєнтності через усвідомлення власних ресурсів та посттравматичного зростання як можливості не лише подолати наслідки травми, але й інтегрувати цей досвід у більш зрілу та цілісну особистість.

Практичні рекомендації для психологів включають необхідність постійного підвищення кваліфікації в напрямку травма-орієнтованих підходів, розвиток власної емоційної стійкості для профілактики вторинної травматизації та формування індивідуалізованого підходу з урахуванням специфіки бойового досвіду кожного військовослужбовця. Командирам підрозділів рекомендується створення психологічно безпечного середовища, де звернення за психологічною допомогою не сприймається як ознака слабкості, регулярний моніторинг психологічного стану підлеглих та забезпечення доступу до професійної психологічної підтримки. Родичам військовослужбовців важливо розуміти нормативність змін в емоційній та поведінковій сферах після травматичного досвіду, проявляти терпіння в процесі реадаптації та за потреби звертатися за власною психологічною підтримкою для збереження ресурсності родинної системи.

Результати дослідження підтверджують початкову гіпотезу про специфічність реадаптаційних процесів під час воєнного стану та необхідність розроблення відповідних програм психологічної підтримки, що враховують відсутність чіткого завершення травматичного періоду та постійну загрозу повторної травматизації. Перспективи подальших досліджень включають лонгітюдне вивчення динаміки реадаптаційних процесів, компаративний аналіз ефективності різних психотерапевтичних підходів для різних категорій військовослужбовців та розроблення превентивних програм формування психологічної стійкості на етапі підготовки до виконання бойових завдань.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Блінов О.А. Військово-психологічний словник. Київ : Талком, 2024. 33 с.
2. Блінов О.А. Психологія бойового стресу : дис. … д-ра психол. наук : 19.00.04. Київ, 2020. 660 с.
3. Буряк О. О., Гіневський М. І. Соціальна адаптація армії України до нових умов існування. Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил. 2014. Випуск 4. С. 160-166
4. Волошко С. А., Приходько І. І. Визначення вагових коефіцієнтів компонентів моральнопсихологічного стану військовослужбовців підрозділів Національної гвардії України з конвоювання, екстрадиції та охорони підсудних для проведення експертного оцінювання. Честь і закон. 2021. № 4 (79). С. 91-96.
5. Галкін О.Ю., Тітова, Л.О. Основи еволюційної теорії. Київ, 2018. URL: https://ela.kpi.ua/server/api/core/bitstreams/135e9d9b-b56b-4370-902f-8030055308c6/content (дата звернення: 01.10.24).
6. Гіденс Е. Нестримний світ: як глобалізація перетворює наше життя / пер. з англ. Н.П. Поліщук. Київ, 2004. URL: https://shron1.chtyvo.org.ua/Giddens_Anthony/Nestrymnyi_svit_iak_hlobalizatsiia_peretvoriuie_nashe_zhyttia.pdf(дата звернення: 06.10.24).
7. Кириченко А.В. Особливості психологічної готовності військовослужбовців Десантно-штурмових військ Збройних Сил України до виконання завдань за призначенням. Вісник Національного університету оборони України.2020. Вип. 2 (55). С. 50–58.
8. Кіщук Л.А. Психофізіологічні чинники професійної адаптації молодших офіцерів Збройних Сил України : дис. ... д-ра філос. (PhD) : 053 «Психологія». 2024, Київ. 241 с.

9. Кокун О.М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини у психофізіологічному забезпеченні діяльності : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.02. Київ, 2004. 426 с.
10. Олексієнко Б.М., Іщенко Д.В., Сафін О.Д. Військова психологія і педагогіка : підручник. Хмельницький : Вид-во Академії ПВУ, 2017. 562 с.
11. Онтогенетична адаптація. Вікіпедія: вільна енциклопедія. URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%BD%D1%82%D0%BE%D0%B3%D0%B5%D0%BD%D0%B5%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B0
12. Охорона психічного здоров'я військовослужбовців в умовах війни : метод. посібник / Р.Ч. Мамедов та ін. ; за ред. В.В. Клочкова. Київ : НДЦ ГП ЗС України, 2024. 1406 с.
13. П'янківська Л.В., Давидова О.В. Психотехнології багатомірного скринінгу особистості працівника поліції для виявлення негативних впливів екстремальних та кризових ситуацій. Наукові перспективи. 2024. № 10 (52). https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-10(52)-1210-1222
14. Пам'ятка військовослужбовцю під час підготовки до бою та в бою. Київ, 2014. URL: https://www.mil.gov.ua/content/pdf/combattraining_.pdf (дата звернення: 11.10.24).
15. Попик Ю. Психологічна стійкість військовослужбовців при виконанні бойових завдань. Psychology Travelogs. 2023. № 4. P. 121-129. https://doi.org/10.31891/PT-2023-4-13
16. Психологічний словник. Бібліотека Гумер – гуманітарні науки : веб-сайт.
URL: https://www.gumer.info/bibliotek_Buks/Psihol/nemov1/12.php (дата звернення: 11.10.24).

17. Психологічний словник. Київ, 2007. URL: https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/5980/3/O_Serhieienkova_IL.pdf (дата звернення: 15.10.24).
18. Романишин А. Психологія бою. Львів, 2022. URL: https://textbook.com.ua/psihologiya/1549386335/s-2?page=5 (дата звернення: 16.10.24).
19. Скрипкін О.Г., Дейко А.Б., Еверт О.В. Діяльність психолога у ході психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України: (методичні рекомендації) / Міністерство оборони України, Наук.-дослід. центр гуманітар. проблем Збройних Сил України: Київ: НДЦ ГП ЗС України. 2016, 110 с.
20. Стасюк В. В., Дикун В. Г., Кириченко А. В. Експертна методика оцінювання морально-психологічного стану особового складу. Психологія та соціальна робота. 2023. Вип. 2(58). С. 50-61.
21. Стасюк В.В. Військова психологія видородової діяльності : підручник. Київ : ПП «Золоті Ворота», 2012. 458 с.
22. Стасюк В.В., Дикун В.Г. Кириченко А.В. Психологічні особливості копінг-поведінки військовослужбовців Десантно-штурмових у процесі адаптації до умов службово-бойової діяльності. Вісник Національного університету оборони України : зб. наук. пр. Київ : НУОУ. 2021. Вип. 1. (59). С. 158–166.
23. Сунь-цзи. Мистецтво війни. Київ : Арій, 2014. 128 с.
24. Теорія наслідування Г. Тарда. Файловий архів студентів : веб-сайт. URL: https://studfile.net/preview/8999133/page:31 (дата звернення: 20.12.24).
25. Хміляр О.Ф. Психічна адаптація військовослужбовців до екстремальних ситуацій миротворчої місії. Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Київ, 2005. № 3 (27). С. 210–215. 21. Шлях воїнів: етюди західної військової психології. 2020. 356 с.

26. Хміляр О.Ф. Психічна стійкість солдата. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. 2023. № (6). С. 71–79. https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.6.13
27. Ягупов В. В. Військова психологія : підручник. Київ: Тандем. 2004, 656 с.
28. Abraham V. D. Psychological States and Mental Health Stigma as Predictors of Help-Seeking Attitude among Selected Combat Military Personnel: Basis for a Mental Wellness Intervention Program. Journal of Interdisciplinary Perspective. 2025. Vol. 3(5). P. 108-120. https://doi.org/10.69569/jip.2025.122
29. Ahmadi Aazi, Ponder Warren, Carbajal Jose, Schuman Donna, Whitworth James, Yockey R Andrew, Galusha Jeanine. Validation of the PCL-5, PHQ-9, and GAD-7 in a Sample of Veterans. Faculty Publications. 2023. Vol. 65. No. 8. URL: chrome-https://scholarworks.sfasu.edu/cgi/viewcontent.cgi?params=/context/socialwork_facultypubs/article/1030/&path_info=23._Validation_of_the_PCL_5__PHQ_9__and_GAD_7_in_a.4_2.pdf
30. Burgess, L. (2017, November 28). What to know about general adaptation syndrome. Medical News Today. DOI:m https://www.medicalnewstoday.com/articles/320172.php
31. Copeland N. Psychology and the Soldier. Pennsylvania : The Military Service Publishing Company. USA. 1942. URL: https://www.amazon.com/Psychology-Soldier-Norman-Copeland/dp/1162929995 (дата звернення: 01.10.24).
32. Darwin C.R. On the Origin of Species by Means of Natural Selection. New York. 1859. URL: https://darwin-online.org.uk/converted/pdf/1861_OriginNY_F382.pdf (дата звернення: 05.10.24).
33. Groll D. L., Ricciardelli R., Carleton R. N., Anderson G., & Cramm H. A Cross-Sectional Study of the Relationship between Previous Military

Experience and Mental Health Disorders in Currently Serving Public Safety Personnel in Canada. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie. 2020. Vol. 65(5). P. 330–337. https://doi.org/10.1177/0706743719895341

34. Jing K., Feng Z., Xu J. et al. The mental health of Chinese military personnel: a cross-sectional epidemiological study. BMC Public Health. 2024. Vol. 24. Iss. 3525. https://doi.org/10.1186/s12889-024-20969-w
35. Kendra Cherry. Adaptation in Piaget's Theory of Development. DOI: https://www.verywellmind.com/what-is-adaptation-2794815
36. Kim S., Lee K. Screening for Depression in Mobile Devices Using Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) Data: A Diagnostic Meta-Analysis via Machine Learning Methods. Neuropsychiatr Dis Treat. 2021. Vol. 17. P. 3415-3430. https://doi.org/10.2147/NDT.S339412
37. Macdonald-Gagnon G., Stefanovics E.A., Potenza M.N., Pietrzak R.H. Generalized anxiety and mild anxiety symptoms in U.S. military veterans: Prevalence, characteristics, and functioning. Journal of Psychiatric Research. 2024. Vol. 171. P. 263-270. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.02.013.
38. Radcliffe-Brown A.R. Structure and Function in Primitive Society Essays and Addresses London. 1952. URL: https://monoskop.org/images/b/b6/Brown_Radcliffe_Alfred_Structure_and_Function_in_Primitive_Society_1952.pdf(дата звернення: 15.10.24).
39. Sapra A, Bhandari P, Sharma S, et al. Using Generalized Anxiety Disorder-2 (GAD-2) and GAD-7 in a Primary Care Setting. Cureus. 2020. Vol. 12(5): e8224. doi:10.7759/cureus.8224
40. Taillieu T. L., Afifi T. O., Turner S., Cheung K., Fortier J., Zamorski M., & Sareen J. Risk Factors, Clinical Presentations, and Functional Impairments for Generalized Anxiety Disorder in Military Personnel and the General Population in Canada. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie. 2018. Vol. 63(9). P. 610–619. https://doi.org/10.1177/0706743717752878

41. Talcott Parsons. The Social System. 2005. Great Britain. URL: https://voidnetwork.gr/wp-content/uploads/2016/10/The-Social-System-by-Talcott-Parsons.pdf (дата звернення: 16.11.24).
42. Valladares-Garrido M. J., Picón-Reátegui C. K., Zila-Velasque J. P., Grados-Espinoza P., Vera-Ponce V. J., Pereira- Victorio C. J., Valladares-Garrido D., & Failoc-Rojas V. E. Depression and anxiety in peruvian military personnel during the pandemic context: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2023. Vol. 23(1). Article 691. https://doi.org/10.1186/ s12889-023-15612-z
43. World Health Organization. Mental Health. 2025. URL: https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1 (дата звернення: 28.06.2025).

ДОДАТКИ

Додаток А.

АНКЕТА

для дослідження психологічних особливостей реадаптації військовослужбовців під час воєнного стану

Шановний учасник дослідження!

Ця анкета є частиною наукового дослідження психологічних особливостей реадаптації військовослужбовців Збройних Сил України після виконання бойових завдань. Ваші відповіді є конфіденційними та будуть використані виключно в узагальненому вигляді для наукових цілей. Анкета є анонімною. Просимо відповідати на питання максимально щиро та відверто.

Дякуємо за участь у дослідженні!

Соціально-демографічні дані:

Вік: _____ років

Стать: □ чоловіча □ жіноча

Освіта: □ повна загальна середня □ професійно-технічна □ неповна вища □ повна вища

Військове звання: _____

Тривалість військової служби: _____ років _____ місяців

Рід військ: _____

Сімейний стан: □ неодружений/незаміжня □ одружений/заміжня □ розлучений/розлучена □ вдівець/вдова

Наявність дітей: □ так □ ні Кількість дітей: _____

ОСНОВНІ ПИТАННЯ:

1. Скільки часу ви провели в зоні активних бойових дій протягом останніх 12 місяців?

□ від 3 до 6 місяців □ від 6 до 9 місяців □ від 9 до 12 місяців □ понад 12 місяців

---

2. Чи відчуваєте ви нав'язливі спогади або нічні кошмари про бойові дії?

□ ніколи □ рідко (менше 1 разу на тиждень) □ іноді (1-3 рази на тиждень) □ часто (4-6 разів на тиждень) □ щодня

---

3. Як часто ви відчуваєте надмірне занепокоєння або тривогу?

□ ніколи □ рідко □ іноді □ часто □ щодня

---

4. Чи відчуваєте ви втрату інтересу до діяльності, яка раніше приносила задоволення?

□ ні, не відчуваю □ рідко □ іноді □ так, часто □ так, постійно

---

5. Чи маєте ви проблеми зі сном (труднощі засинання, часті пробудження, поверхневий сон)?

□ ні, сплю нормально □ рідко □ іноді □ так, кілька разів на тиждень □ так, щоночі

---

6. Наскільки важко вам контролювати почуття гніву або дратівливості?

□ завжди контролюю □ рідко виникають труднощі □ іноді важко □ часто важко □ дуже важко, майже постійно втрачаю контроль

---

7. Наскільки ви відчуваєте підтримку з боку близьких людей (родини, друзів, побратимів)?

□ повністю підтримують та розуміють □ переважно підтримують □ частково підтримують □ мало підтримують □ зовсім не відчуваю підтримки

---

8. Які способи подолання стресу ви використовуєте найчастіше? (можна обрати кілька варіантів)

□ фізична активність та спорт □ спілкування з близькими людьми □ алкоголь або інші речовини □ ізоляція та уникнення контактів □ звернення до психолога або психотерапевта □ хобі та творча діяльність □ медитація або дихальні практики □ інше (вкажіть): _____

---

9. З якими труднощами ви стикаєтеся при поверненні до звичайного життя після виконання бойових завдань? (опишіть своїми словами)

---

10. Чи вважаєте ви, що вам потрібна професійна психологічна допомога?

□ так, вже звертався і отримую допомогу □ так, планую звернутися □ не впевнений, можливо потрібна □ швидше ні □ точно ні, не потрібна

Дякуємо за участь у дослідженні!

Якщо в процесі заповнення анкети у вас виникли складні емоційні переживання або ви відчуваєте потребу в психологічній підтримці, ви можете звернутися:

- До психолога реабілітаційного центру
- На гаряча лінію психологічної підтримки для військовослужбовців: 0 800 --*
- До командира підрозділу для направлення до психолога

Додаток Б

ПРОТОКОЛ СТРУКТУРОВАНОГО ІНТЕРВ'Ю

для дослідження особливостей психологічної реадаптації військовослужбовців

Код учасника: _____

Дата проведення: _____

Тривалість інтерв'ю: _____ хвилин

Інтерв'юер: _____

ВСТУПНА ЧАСТИНА

Добрий день! Дякую, що погодилися взяти участь у цьому інтерв'ю. Мета нашої розмови – краще зрозуміти особливості психологічної реадаптації військовослужбовців після виконання бойових завдань. Немає правильних чи неправильних відповідей – мені важлива ваша особиста думка та досвід. Вся інформація, яку ви надасте, є конфіденційною та буде використана виключно для наукових цілей без можливості ідентифікації вашої особи. Ви можете відмовитися відповідати на будь-яке питання або припинити інтерв'ю в будь-який момент. Чи є у вас запитання перед тим, як ми почнемо?

БЛОК 1. ДОСВІД ВИКОНАННЯ БОЙОВИХ ЗАВДАНЬ

1.1. Розкажіть, будь ласка, коли ви вперше опинилися в зоні бойових дій і скільки часу загалом провели там?

1.2. Які саме завдання ви виконували? Яка була специфіка вашої діяльності?

1.3. Які аспекти виконання бойових завдань були для вас найбільш складними або стресовими?

1.4. Чи були у вашому досвіді ситуації, які особливо сильно вплинули на вас емоційно? (якщо учасник готовий, може розповісти детальніше, проте не наполягати)

БЛОК 2. ЕМОЦІЙНИЙ ТА ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН

2.1. Як би ви описали свій емоційний стан зараз, після повернення з виконання бойових завдань?

2.2. Чи помічаєте ви зміни у своєму емоційному стані порівняно з тим, яким ви були до початку служби або до виконання бойових завдань? Які саме зміни?

2.3. Чи відчуваєте ви, що певні ситуації, звуки, запахи або інші стимули можуть раптово викликати сильні емоційні реакції або спогади про бойові дії?

2.4. Як ви справляєтеся з неприємними емоціями або спогадами, коли вони виникають?

2.5. Чи відчуваєте ви зміни у вашій здатності відчувати позитивні емоції – радість, задоволення, інтерес до життя?

БЛОК 3. СОЦІАЛЬНА ВЗАЄМОДІЯ ТА ПІДТРИМКА

3.1. Як змінилися ваші стосунки з близькими людьми (партнером, дітьми, батьками, друзями) після повернення?

3.2. Чи відчуваєте ви розуміння та підтримку з боку близьких людей? Чи можете ви з ними говорити про те, що пережили?

3.3. Наскільки важливою для вас є підтримка побратимів, тих, хто має подібний досвід? Чи підтримуєте ви контакт з ними?

3.4. Чи відчуваєте ви себе зрозумілим цивільними людьми, які не мають досвіду війни? Чи є у вас відчуття відчуженості від цивільного суспільства?

3.5. Які аспекти соціальної взаємодії даються вам найважче зараз?

БЛОК 4. ТРУДНОЩІ РЕАДАПТАЦІЇ

4.1. Що для вас означає повернутися до "нормального життя"? Чи вважаєте ви, що таке повернення можливе?

4.2. З якими конкретними труднощами ви стикаєтеся в повсякденному житті після повернення? (побут, робота, навчання, дозвілля)

4.3. Чи відчуваєте ви, що ваше сприйняття світу, цінності або життєві пріоритети змінилися після бойового досвіду? Як саме?

4.4. Як ви справляєтеся з усвідомленням того, що війна продовжується і ви можете бути знову направлені до зони бойових дій?

4.5. Чи є у вас відчуття, що мирне життя є якось нереальним, тимчасовим або позбавленим сенсу порівняно з досвідом на війні?

БЛОК 5. КОПІНГ-СТРАТЕГІЇ ТА РЕСУРСИ

5.1. Що допомагає вам справлятися зі стресом та складними емоціями? Які способи ви використовуєте?

5.2. Чи є у вас активності або заняття, які приносять вам відчуття спокою, задоволення або сенсу?

5.3. Чи вдавалися ви до вживання алкоголю або інших речовин для подолання стресу? Як часто?

5.4. Які внутрішні ресурси (риси характеру, переконання, досвід) допомагають вам справлятися з труднощами?

5.5. Які зовнішні ресурси (люди, організації, послуги) є або могли б бути корисними для вас?

БЛОК 6. ДОСВІД ЗВЕРНЕННЯ ЗА ПСИХОЛОГІЧНОЮ ДОПОМОГОЮ

6.1. Чи звертались ви за професійною психологічною допомогою? Якщо так, який був ваш досвід? Якщо ні, що вас стримує?

6.2. Яке ставлення до психологічної допомоги у вашому оточенні (серед побратимів, у підрозділі, в родині)?

6.3. Що, на вашу думку, могло б зробити психологічну допомогу більш доступною та прийнятною для військовослужбовців?

БЛОК 7. ПОТРЕБИ ТА ПОБАЖАННЯ

7.1. Яка підтримка була б найбільш корисною для вас зараз? (психологічна, медична, соціальна, професійна тощо)

7.2. Що б ви хотіли порадити тим, хто планує або розробляє програми підтримки для військовослужбовців?

_____

7.3. Чи є щось, про що ми не говорили, але що ви вважаєте важливим згадати щодо вашого досвіду реадаптації?

_____

_____

ЗАВЕРШЕННЯ ІНТЕРВ'Ю

Дякую вам за відвертість та готовність поділитися своїм досвідом. Ваші відповіді дуже цінні для розуміння особливостей реадаптації та розробки ефективних програм підтримки. Як ви себе почуваєте після нашої розмови? Чи виникли у вас якісь запитання чи потреби?

Емоційний стан учасника після інтерв'ю (оцінка інтерв'юера): □ спокійний, стабільний □ дещо напружений, але контролює стан □ помітно стурбований або засмучений □ виражений дистрес, потребує підтримки

Чи була надана додаткова підтримка або направлення: _____

Додаткові спостереження інтерв'юера:

_____

_____

_____