

Чорноморський національний університет імені Петра Могили

(повне найменування вищого навчального закладу)

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти

(повне найменування інституту, назва факультету (відділення))

кафедра психології

(повна назва кафедри (предметної, циклової комісії))

«ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ»

В.о.завідувача кафедри психології

_____ Володимир ШЕВЧЕНКО

« 28 » травня 2025 року

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття ступеня вищої освіти

бакалавр

(ступінь вищої освіти)

на тему: Психологічна реабілітація та соціальна адаптація
військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом
(ПТСР) в умовах післявоєнного суспільства

Керівник: канд. психол. наук, доцент
Кучманич Ірина Володимирівна

(вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Рецензент: Прасол Дмитро Вікторович

(посада, вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Виконала: здобувачка IV курсу групи 4653
Михайленко Юлія Валеріївна

(П.І.Б.)

Спеціальність: С4 «Психологія»

(шифр і назва спеціальності)

ОПІ: «Психологія»

Миколаїв – 2025 рік

Міністерство освіти і науки України
Чорноморський національний університет імені Петра Могили

Кафедра психології

Освітній рівень – бакалавр
Спеціальність: С4 «Психологія»

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

В.о.завідувача кафедри психології

_____ Володимир ШЕВЧЕНКО

« 12 » лютого 2025 року

ЗАВДАННЯ
НА ВИКОНАННЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ БАКАЛАВРА

1. Тема роботи: «Психологічна реабілітація та соціальна адаптація військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) в умовах післявоєнного суспільства» затверджена наказом Чорноморського національного університету імені Петра Могили № 34/1 від «12» лютого 2025 року.
2. Об'єкт дослідження – посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців.
3. Предмет дослідження – психологічна реабілітація та соціальна адаптація військовослужбовців з ПТСР в умовах післявоєнного суспільства.
4. Завдання дослідження:
 1. Проаналізувати психологічну травму як наслідок бойових дій та вивчити основні симптоми ПТСР у військовослужбовців.
 2. Дослідити вплив соціального середовища, зокрема родини та соціальних служб, на процес адаптації ветеранів після повернення з війни.
 3. Розробити рекомендації для створення адаптованої системи психологічної підтримки ветеранів з ПТСР на основі емпіричних даних.

5. Науковий керівник роботи.

ППП та посада керівника	Завдання видано (дата, підпис)	Завдання виконано (дата, підпис)
Кучманич Ірина Миколаївна к.психол.н., доцент, доцент кафедри психології	12 лютого 2025 року _____	20 травня 2025 року _____

1. КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи бакалавра (КРБ)	Строк виконання етапів роботи
1.	Погодження керівником змісту КРБ.	12.02.2025 р.
2.	Пошук, добір та опрацювання літературних джерел з проблематики дослідження.	25.02.2025 р.
3.	Робота над підготовкою тексту КРБ.	
3.1.	РОЗДІЛ 1. ПТСР У ВЕТЕРАНІВ: КОРОТКИЙ ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД І ОСНОВИ ДІАГНОСТИКИ	30.03.2025 р.
3.2.	РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СЕРЕДОВИЩА НА АДАПТАЦІЮ ВЕТЕРАНІВ	30.04.2025 р.
3.3.	РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ МОДЕЛІ ТА ДОСВІД РЕАБІЛІТАЦІЇ	15.05.2025 р.
4.	Висновки.	20.05.2025 р.
5.	Захист КРБ на кафедрі (попередній захист).	28.05.2025 р.
6.	Захист КРБ перед Екзаменаційною комісією.	26.06.2025 р.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ПТСР У ВЕТЕРАНІВ: КОРОТКИЙ ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД І ОСНОВИ ДІАГНОСТИКИ.....	6
1.1. Психологічна травма як наслідок бойових дій.....	6
1.2. Основні симптоми ПТСР: міжнародна та українська класифікація.....	11
1.3. Особливості діагностики ПТСР у військових умовах.....	21
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СЕРЕДОВИЩА НА АДАПТАЦІЮ ВЕТЕРАНІВ.....	29
2.1. Аналіз результатів інтерв'ю з ветеранами (методика, вибірка, результати).....	29
2.2. Вплив родини на процес адаптації: приклади з практики.....	42
2.3. Досвід співпраці з соціальними службами та НУО (вітчизняні кейси).....	45
2.4. Перешкоди на шляху до соціальної інклюзії: зібрані спостереження та дані.....	47
РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ МОДЕЛІ ТА ДОСВІД РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	50
3.1. Огляд українських реабілітаційних центрів (аналіз їх підходів).....	50
3.2. Кейс-стаді: історії успішної адаптації ветеранів.....	53
3.3. Оцінка ефективності онлайн-програм психологічної підтримки.....	55
3.4. Пропозиції щодо створення адаптованої системи підтримки на основі емпіричних даних.....	57
ВИСНОВКИ.....	60
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	62
ДОДАТКИ.....	69

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Психологічна реабілітація та соціальна адаптація військовослужбовців, які пережили бойові дії та мають посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), є однією з найактуальніших проблем сучасного суспільства, зокрема в умовах післявоєнного відновлення. Бойові дії, які несуть значні психологічні навантаження, можуть спричинити важкі психічні розлади, серед яких ПТСР є найбільш розповсюдженим та серйозним. Це захворювання має здатність негативно впливати на всі аспекти життя особистості, зокрема на її емоційний стан, поведінкові реакції, міжособистісні відносини та здатність адаптуватися до умов мирного життя.

ПТСР є розладом, що виникає в результаті переживання особливо травматичних подій, таких як війна, тероризм, природні катастрофи чи інші екстремальні ситуації. Військовослужбовці, які беруть участь у бойових діях, перебувають під постійним стресом, що може призвести до розвитку цього розладу. Симптоми ПТСР включають тривогу, депресивні стани, флешбеки, порушення сну та емоційне виснаження, що значно ускладнюють нормальне функціонування в повсякденному житті. Окрім того, військовослужбовці, що повертаються до мирного життя після участі в бойових діях, стикаються з труднощами в соціальній адаптації. Це включає проблеми в сімейних відносинах, зниження працездатності, труднощі з відновленням соціальних зв'язків та пошуком свого місця в суспільстві.

Актуальність дослідження зумовлена необхідністю пошуку ефективних методів психологічної реабілітації та соціальної адаптації військовослужбовців, які страждають від ПТСР. Суспільство повинно створювати умови для повноцінної реабілітації цих осіб, зокрема через розробку та впровадження комплексних психологічних і соціальних програм, що сприятимуть їх інтеграції в цивільне життя. Проблема набуває особливої значущості в контексті післявоєнного суспільства, де багато військовослужбовців потребують спеціалізованої допомоги для відновлення

емоційної стабільності та адаптації до нових умов. Психологічна реабілітація є ключовим етапом у процесі повернення ветеранів до нормального життя, а соціальна адаптація дозволяє їм знайти своє місце в суспільстві, відновити взаємини з близькими та ефективно функціонувати в професійній сфері.

Таким чином, дослідження психологічної реабілітації та соціальної адаптації військовослужбовців з ПТСР є не лише важливим науковим завданням, а й нагальною соціальною потребою. Розробка ефективних методів допомоги цим людям допоможе зменшити рівень психологічного страждання та сприятиме їхній успішній інтеграції в післявоєнне суспільство, що є надзвичайно важливим для стабільності та розвитку держави в цілому. Саме актуальність даного питання і обумовила вибір теми дослідження: **«Психологічна реабілітація та соціальна адаптація військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) в умовах післявоєнного суспільства».**

Мета дослідження: всебічний аналіз посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у ветеранів, зокрема, вивчення його симптомів, особливостей діагностики та впливу бойових дій на психіку військовослужбовців, а також оцінка процесів психологічної реабілітації та соціальної адаптації в умовах післявоєнного суспільства.

Відповідно до мети визначено наступні **завдання дослідження:**

1. Проаналізувати психологічну травму як наслідок бойових дій та вивчити основні симптоми ПТСР у військовослужбовців.
2. Дослідити вплив соціального середовища, зокрема родини та соціальних служб, на процес адаптації ветеранів після повернення з війни.
3. Розробити рекомендації для створення адаптованої системи психологічної підтримки ветеранів з ПТСР на основі емпіричних даних.

Об'єкт дослідження – пострравматичний стресовий розлад у військовослужбовців.

Предмет дослідження – психологічна реабілітація та соціальна адаптація військовослужбовців з ПТСР в умовах післявоєнного суспільства.

Для розв'язання поставлених завдань та досягнення мети використано **комплекс методів наукового дослідження:**

1) теоретичні – аналіз, узагальнення психологічної, науково-методичної літератури для з'ясування сучасного стану досліджуваної проблеми; формулювання висновків;

2) емпіричні – емпіричне дослідження констатувального характеру з метою дослідження стратегій управління стресом та їх впливу на якість життя особистості.

3) обробка даних для узагальнення та систематизації результатів дослідження, забезпечення переходу від якісних характеристик до їх кількісного (числового) виразу: відсотковий аналіз отриманих даних.

База дослідження:

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, який налічує 65 найменувань, додатків. Робота містить таблиць, рисунків, додатків. Повний обсяг роботи становить 94 сторінки, з яких основного тексту – 61 сторінка.

РОЗДІЛ 1

ПТСР У ВЕТЕРАНІВ: КОРОТКИЙ ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД І ОСНОВИ ДІАГНОСТИКИ

1.1. Психологічна травма як наслідок бойових дій

Психологічна травма, отримана внаслідок бойових дій, є однією з найбільш серйозних проблем, з якими стикаються військовослужбовці після повернення з війни. Бойові дії не тільки ставлять під загрозу фізичне здоров'я, але й залишають глибокі психологічні наслідки, які можуть супроводжувати ветеранів протягом усього життя. В умовах війни солдати і офіцери перебувають у постійному стресі, часто переживають травматичні події, що супроводжуються насильством, смертю товаришів по службі та переживаннями особистої загрози.

Ці обставини можуть призвести до розвитку психічних порушень, серед яких найбільш поширеним є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). ПТСР є результатом надмірного психологічного навантаження, яке перевищує здатність індивіда адаптуватися до стресу. Військові, що пережили бойові дії, можуть зіткнутися з тривалими переживаннями тривоги, депресії, агресії, безсоння, флешбеків та відчуття відчуженості від оточуючих.

Актуальність дослідження психологічної травми, як наслідку бойових дій, зростає у зв'язку з інтенсивними військовими конфліктами, що мають місце в сучасному світі, зокрема в Україні. Розуміння механізмів формування психологічних травм, а також їх впливу на військових у період після повернення додому є необхідним для розробки ефективних методів психологічної підтримки та реабілітації. Вивчення цієї теми дає змогу не тільки зрозуміти внутрішні переживання ветеранів, а й розробити стратегії, що допоможуть їм адаптуватися до мирного життя, зберігаючи психологічну стабільність та соціальну інтеграцію.

Таким чином, психологічна травма як наслідок бойових дій є важливим аспектом вивчення і подальшої роботи з ветеранами, що пережили бойові дії. Оскільки ефективна реабілітація потребує знання специфіки таких травм, важливо сприяти створенню умов для їх належного лікування та адаптації в суспільстві після війни.

Психологічна травма, отримана під час бойових дій, є одним з основних психічних наслідків війни, з якими стикаються військовослужбовці. Вона виникає як результат значних стресових ситуацій, зокрема переживань, насильства, втрат і надмірного емоційного навантаження, які зазнають учасники військових конфліктів. Кожен військовий має унікальний досвід переживання бойових дій, і саме ці переживання часто стають основою для розвитку психологічної травми [13].

Військові часто стикаються з ситуаціями, що можуть радикально змінити їх сприйняття світу. Це можуть бути прямі бойові зіткнення, перебування в зоні бойових дій, фізичне насильство або навіть смерть товаришів. Втрата людей, яких вони знали і з якими ділили складнощі війни, може бути надзвичайно травмуючою. Такі переживання здатні порушити звичну картину світу і призвести до постійного відчуття тривоги, паніки та безпорадності. Втрата впевненості у завтрашньому дні, усвідомлення, що життя в будь-який момент може обірватися, стають постійними переживаннями, які неможливо легко забути.

Психологічні травми, отримані в умовах бойових дій, мають широкий спектр проявів і можуть варіюватися за ступенем важкості. Від легких психоемоційних порушень до серйозних психічних захворювань, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), де спостерігаються такі симптоми, як флешбеки, нічні кошмари, депресія та соціальна ізоляція. Вони можуть проявлятися не тільки на емоційному рівні, але й фізично, викликаючи безсоння, нервові зриви, підвищену тривожність, проблеми з концентрацією уваги, агресію, а також зміни в поведінці [10].

Особливо небезпечним є те, що психологічні травми військових можуть залишатися непоміченими або недооцінюваними на ранніх етапах, що ускладнює процес лікування та реабілітації. Люди, які пережили такі жахливі події, можуть не одразу розпізнати або не звертати увагу на свої емоційні проблеми, що призводить до їх загострення з часом.

Крім того, психологічна травма, отримана під час бойових дій, суттєво впливає на соціальну адаптацію ветеранів після завершення війни. Військові, які пережили бойові дії, часто стикаються з великими труднощами при поверненні до мирного життя. Проблеми з відновленням соціальних зв'язків, складнощі в налагодженні відносин із родиною та друзями, а також у знаходженні нового сенсу в житті можуть стати серйозними перепонами на шляху до нормального функціонування в суспільстві [1].

В умовах війни, де особиста безпека постійно перебуває під загрозою, постійне напруження і потреба у швидкому прийнятті рішень призводять до виснаження психічних ресурсів. У таких умовах навіть найменші ситуації можуть викликати значний стрес і травму. Важливо зазначити, що психологічні травми війни не обмежуються лише фізичними наслідками — це комплексний ефект, що зачіпає емоційний, психологічний і соціальний стан особи.

У випадку з ветеранами, психічні наслідки війни можуть залишатися з ними на тривалий час, іноді на все життя, якщо вони не отримують необхідної допомоги та підтримки. Психологічна реабілітація є ключовим аспектом у процесі відновлення цих людей, допомагаючи їм повернутися до нормального життя і знайти внутрішню гармонію після пережитих травм.

Існують різні теоретичні підходи до пояснення природи психологічної травми, зокрема концепція стресу Ганса Сельє, яка підкреслює реакцію організму на надмірні навантаження, що порушують нормальне функціонування особистості. Психологічна травма, як правило, не є тимчасовим явищем, а може призвести до хронічних порушень психічного здоров'я, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [12].

ПТСР є одним з найбільш поширених результатів психологічної травми, що виникає у військових після бойових дій. Відповідно до міжнародних класифікаційних систем, таких як DSM-10, ПТСР діагностується за наявності таких симптомів:

- Повторне переживання травматичних подій – флешбеки, нічні кошмари, інтенсивні спогади про пережите насильство, які можуть виникати навіть у мирному житті.
- Уникання травматичних ситуацій – бажання уникати ситуацій, які нагадують про війну, відчуття відчуженості від оточуючих, емоційне оніміння.
- Збільшення рівня збудження – надмірна тривожність, безсоння, агресія, труднощі в концентрації уваги, постійне відчуття небезпеки [19].

Симптоми ПТСР можуть бути різної інтенсивності: від легких переживань до серйозних розладів, що значно обмежують здатність військовослужбовця адаптуватися до мирного життя. Це може стати серйозною проблемою, оскільки навіть після завершення війни ветерани продовжують відчувати її наслідки.

Військові, які пережили бойові дії, часто стикаються з різноманітними психічними та емоційними труднощами, такими як депресія, тривожні розлади, почуття провини, сумніви у власних діях і самопочутті. Ці труднощі можуть виникати внаслідок пережитих стресових ситуацій, зокрема втрати товаришів, фізичного чи емоційного насильства, безвиході в екстремальних умовах, а також після переживання особистої небезпеки. Травматичний досвід, який викликає глибокі емоційні переживання, може сформувати хронічний стан стресу, тривоги та депресії, що впливає на психічне благополуччя та загальну якість життя ветерана.

Депресія та тривожні розлади у ветеранів війни можуть проявлятися в різних формах: від постійного почуття безнадійності та апатії до виражених нападів тривоги або паніки. Почуття провини за своє виживання або за дії, які мали місце під час війни, можуть також призвести до розвитку важких

психічних проблем, включаючи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Почуття провини може бути особливо сильним серед ветеранів, які пережили смерть товаришів або були свідками жорстоких подій, і вони можуть мати труднощі з прийняттям свого досвіду [49].

Психологічні травми, пережиті під час війни, мають значний вплив на міжособистісні відносини ветеранів, зокрема на стосунки з родиною та близькими. Це може призводити до соціальної ізоляції, відчуження, неспроможності встановити емоційний зв'язок із рідними. Ветерани часто відчують розчарування у стосунках, не можуть поділитися своїми переживаннями або відчують себе непорозумілими через те, що навколишні не розуміють їхніх проблем. Це може привести до конфліктів, відчуття безпорадності і, зрештою, до поглибленої ізоляції від суспільства [53].

Додатково до психологічних труднощів, багато ветеранів стикаються з проблемами у відновленні своїх професійних і соціальних навичок. Повернення до мирного життя часто означає необхідність адаптуватися до нових умов, відновити втрачені або занедбані вміння, навички та соціальні зв'язки. Це може включати труднощі з поверненням до цивільної роботи, адаптацією до нових соціальних норм і вимог. Багато ветеранів мають проблеми з пошуком роботи через стереотипи, що пов'язані з їхньою участю в бойових діях, або через внутрішні бар'єри, які виникають внаслідок емоційної та психічної травматизації. Це може призвести до низької самооцінки і відчуття нездатності забезпечити себе та своїх близьких.

Соціальна адаптація, зокрема успішне працевлаштування та відновлення нормальних взаємин у суспільстві, є важливими аспектами реабілітації ветеранів. Психологічне здоров'я має безпосередній вплив на процеси адаптації, оскільки внутрішній стан людини визначає її здатність взаємодіяти з іншими, налагоджувати соціальні зв'язки, справлятися з щоденними труднощами. Успішна реабілітація передбачає не лише психотерапевтичну підтримку та лікування травм, а й ефективні стратегії соціальної інтеграції,

сприяння розвитку професійних навичок і залучення до активного соціального життя [7].

Таким чином, психічне здоров'я ветеранів є лише частиною загальної картини їхнього післявоєнного життя. Реабілітація має включати як підтримку психологічного відновлення, так і сприяння соціальній адаптації, щоб ветерани могли знайти своє місце в суспільстві, відновити професійну діяльність та відновити здорові стосунки з близькими.

Таким чином, психологічна травма, як наслідок бойових дій, є важливим аспектом психічного здоров'я військовослужбовців, який потребує особливої уваги у процесі реабілітації та соціальної адаптації. ПТСР – це не просто симптоми, а серйозний розлад, який вимагає комплексного підходу до лікування і підтримки. Важливість адекватного реагування на психологічні травми війни полягає не тільки в полегшенні симптомів, але й у забезпеченні належних умов для того, щоб ветерани могли знову знайти своє місце в суспільстві, адаптуватися до нового життя та зберегти внутрішню гармонію і здоров'я.

1.2. Основні симптоми ПТСР: міжнародна та українська класифікація

Проблема посттравматичного стресового розладу військовослужбовців і потреба постійного його подолання набула ще більшої актуальності через військові події в Україні та через те, що саме військовослужбовці отримують значний вплив багаточисленних стресогених факторів як соціального, так і особистісного характеру. Розвитку психологічного напруження також сприяє специфіка діяльності, яка виконується, та характер якої, у поєднанні з особистісними властивостями, чинить вплив на особливостях переживання критичних та травматичних ситуацій.

Травматичний досвід не вкладається в повсякденні алгоритми поведінки людини. Мова йде про ситуації де була фізична або психологічна загроза

життю та безпеці людини, було порушено базові людські інстинкти: інстинкт самозбереження та збереження роду. В таких випадках прийняття цілої картини ситуації одразу чинить руйнівний вплив на психіку. Механізм витіснення, як один з найбільш потужних психологічних захистів, дозовано проявляється, симптом за симптомом, нагадуючи про те, що трапилося.

Аналізуючи посттравматичний стресовий розлад, Є. Александров говорить про розподіл розгорнутої картини стресу на субсиндроми:

- 1) емоційно-психологічний;
- 2) вегетативний;
- 3) когнітивний;
- 4) соціально-психологічний.

Таким чином, поєднуючи в собі базові підходи, було розроблено психосоціальний підхід, де здійснюється вплив зовнішнього середовища на появу посттравматичного стресового розладу. Така модель реагування на травму багатофакторна та бере до уваги кожний фактор у розвитку реакції на стрес. У ній виділені такі соціальні чинники, які здійснюють вплив на успішність рівня адаптації потерпілих від психічної травми, такі, як відсутність фізичних наслідків травми, міцне фінансове положення, збереження колишнього соціального статусу, фактор соціальної підтримки зі сторони суспільства й значущий фактор впливу близьких людей [4].

На даний час в західній психології панує стандартна практика застосування структурованого діагностичного інтерв'ю, яке використовується для того, щоб можна було переконатися у тому, що було детально враховано всі симптоми ПТСР. Діагностичне інтерв'ю поєднує в собі переваги точних рекомендацій з виявлення того чи іншого діагнозу і методу інтерв'ю, що відповідає таким конкретним психометричним параметрам, як надійність та валідність. Застосування структурованого діагностичного інтерв'ю в клінічній практиці дає змогу істотно підвищити точність діагнозу і значно покращити планування корекції та допомоги спеціаліста.

Важлива роль в когнітивному посттравматичному процесі відводиться дисоціативним станам, які пов'язані з індивідуальними особливостями процесів пам'яті на травмуючу ситуацію та супроводжуються різними відчуттями втрати зв'язку з реальним світом. Доволі часто можуть проявлятися мимовільні перенесення людини в травматичне минуле та здійснення нею таких дій, які не адекватні теперішньому часу, а можуть бути адекватними саме в ситуації, яка сталася минулому. Відмова від прийняття життєвого досвіду викликає головну причину посттравматичної дезадаптації, а саме – когнітивний конфлікт, суть якого полягає в тому, що травматичні спогади ламають бар'єр заборон. Інтенсивний рівень емоцій, коли з'являються спогади, постійно збільшується. Поступово тяжкість емоційного стану, який супроводжує травматичні спогади, робить неможливим нормальне існування людини та її повноцінне функціонування [29].

Теоретичне опрацювання наукових досліджень та висновків науковців М. Решетнікова, В. Ротштейна, Н. Тарабріної, В. Ягупова та інших дало змогу створити класифікацію психотравмуючих ситуацій в залежності від їх раптової появи, тривалості, рівня інтенсивності, частоти, характеру наслідків, залучення особи, наявності більш підсилюючих чинників.

Результати великої кількості досліджень вказують на те, що психологічний стан, який розвивається через вплив бойової обстановки та бойових дій, не притаманний жодній з відомих у клінічній науці класифікацій. Наслідки травми можуть з'явитися раптово, через тривалий проміжок часу, на фоні загального зовнішнього добробуту військовослужбовця. З часом це погіршення стану стає більш чітко вираженим. Ряд різноманітних симптомів подібної зміни стану описувалася дослідниками раніше, проте тривалий час ними не було розроблено чітких критерій щодо його діагностики.

На базі високого рівня актуальності соціально-психологічного вивчення феноменів психічної травми і психологічних травм стримуючий вплив на емпіричні дослідження здійснює відсутність узгодженості теоретичної позиції, загальних концептуальних моделей та методичних розробок. Це дасть

змогу достатньо широко та всебічно аналізувати ці феномени і порівнювати результати їх вивчення.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) не є психотично відстороненою реакцією людини на травматичний стрес. Така реакція здатна викликати значний ряд порушень психіки та поведінки особистості. Для виникнення ПТСР потрібно, щоб людина випробувала дію стресора, який виходить за рамки звичайного людського досвіду і спроможний викликати дистрес [32].

До основних симптомів синдрому ПТСР можна віднести:

- 1) порушення сну;
- 2) патологічні спогади, нав'язливі повернення в минуле;
- 3) нездатність згадати події, амнезія на деякі події через те, що психіка намагається уникнути їх;
- 4) надчутливість, підвищений рівень пильності;
- 5) надлишкове збудження, неадекватний рівень мобілізації сил та власних ресурсів [34].

До вторинних симптомів ПТСР відносять:

- 1) депресію;
- 2) тривогу;
- 3) імпульсивну поведінку;
- 4) алкоголізм;
- 5) соматичні проблеми.

В. Чорна з колегами досліджувала посттравматичний стресовий розлад характеризуючи його хронічним військовим неврозом. Науковець висвітлив, що військовий невроз має в основі як фізіологічне, так і психологічне походження. Він вперше зміг комплексно описати симптоматики цього розладу:

- 1) збудливість;
- 2) дратівливість;
- 3) нестримний тип реагування на раптові подразники;

- 4) зосередження на подіях травматичної ситуації;
- 5) відхід від реальності;
- 6) схильність до некерованих спалахів агресії [56].

На думку К. Кравченко та колег, психологічна травма представляє собою катастрофічне руйнування самооцінки індивіду через втрату або загрозу недосяжності соціальних цінностей. Умовою збільшення таких цінностей є особистісний розвиток у розмірі конкретної травматичної зони постраждалого. Нерівномірність розвитку психіки закріплюється у внутрішніх установках і стає перешкодою для отримання єдності та цілісності особистості. І, навпаки, позитивним чинником, який сприяє попередженню психологічного травматизму, виступає рання гармонічна соціалізація особистості. Вкрай важливо виділити та закріпити ті потенційні можливості людини, які дають можливість індивіду протистояти чинникам, які сприяють її розпаду, і становленню соціальної невротизації [31].

Проблема посттравматичного стресового розладу і потреба його систематичного подолання стає ще більше актуальною через загальне загострення історичної ситуації, що особливо спостерігається серед військовослужбовців, що отримують впливу багаточисленних стресогених факторів, які діють в умовах війни. Розвитку психологічного напруження сприяє специфіка військової діяльності, характер якої, у поєднанні з індивідуальними властивостями особистості, позначається на особливостях переживання критичних (травматичних) ситуацій. Відповідно до клінічної типології і класифікації посттравматичного стресового розладу до цієї групи розладів відносяться тривалі патологічні стани у військовослужбовців, які перебувають на полі бою, отримали бойовий досвід, ветеранів війни, колишніх депортованих і екс-військово-полонених після короткочасного або тривалого перебування в полоні.

Під час посттравматичного стресового розладу доволі часто спостерігаються наступні клінічні симптоми:

1) немотивована пильність. Людина уважно слідкує за тим, що здійснюється навколо неї. Вона відчуває постійну загрозу, вибухово реагує навіть на незначні події. Під час будь-якої несподіванки людина робить неадекватні стрімкі рухи, вона може кидається на землю, коли чує голосні звуки, звуки літака тощо;

2) притупленість емоцій. Людина повністю або частково втрачає здатність проявляти будь-які емоції. Їй вкрай важко встановлювати близькі та дружні стосунки з оточуючими, вона не відчуває радості, кохання, творчий підйом, грайливість та спонтанність. Досліджувані говорять про те, що після перенесених ними в минулому екстремальних ситуацій, їм значно важче стало відчувати такі почуття. Може, навпаки, з'явитися агресивність – людина прагне вирішити свої власні проблеми із застосуванням грубої сили. Як правило, це стосується фізичного силового впливу, але зустрічається також психічна, вербальна та емоційна агресивність;

3) порушення концентрації уваги та пам'яті. Через деякі травматичні обставин у людини виникають труднощі в той час, коли необхідно зосередитись або щось пригадати. Періодично концентрація уваги може бути надто великою, але під час появи будь-якого стресового фактору індивід вже не здатен зосередитися;

4) депресія. Під час цього посттравматичного стану депресія досягає найбільш потаємних глибин людського відчаю, коли особистість відчуває, що все в її житті є безглуздом, тому депресії притаманне нервово виснаження, апатія та загалом негативне ставлення до життя;

5) загальна тривожність. Вона проявляє себе на фізіологічному рівні, наприклад, ломота в тілі, спазми в животі, головні болі тощо;

6) у психічній сфері. Людина відчуває систематичне хвилювання, параноїдальні явища, емоційні хвилюваннях;

7) зловживання наркотичними та лікарськими речовинами. Для того, щоб знизити рівень інтенсивності посттравматичних синдромів, постраждалі, в особливості ті, хто отримав військовий досвід, починають зловживати

наркотичними речовинами, алкогольними напоями та іншими токсичними препаратами;

8) непрохані спогади. Вважається, що саме цей симптом є найбільш важливим. Це дає право говорити про наявність посттравматичного стресового розладу [52].

У пам'яті військового несподівано з'являються непрохані спогади, сцени, які напряду пов'язані з травмуючими ситуаціями. Такі спогади можуть виникати як під час сну, так і в бадьорому стані. Наяву вони можуть з'являтися у тих ситуаціях, коли навколишнє середовище починає нагадувати ту ситуацію, яка відбувалася на війні. Це може бути запах, видовище, звук, що ніби прийшли з минулого. Головна різниця від буденних спогадів виявляється у тому, що посттравматичні спогади супроводжуються сильними почуттями страху та тривоги.

Під впливом травматичної ситуації військовий відчуває страх, який породжений навколишнім світом і власною безпорадністю у ньому, переконання, які були у нього раніше, руйнуються. Це приводить людину в стан дезінтеграції. З'являється депресія, людина починає відчувати себе покинутою, нікому непотрібною. У неї розвивається невпевненість у собі та у власних силах, з'являється реальне відчуження від близьких та родини.

У стані посттравматичного стресу депресія отримує найбільш безпросвітні глибини відчаю, військовий починає втрачати сенс свого існування. З'являється сильна апатія, почуття провини: можуть виникнути сумніви щодо того, що він міг зробити більше, щоб допомогти близьким. Військовий може постійно запитувати себе, чим він заслужив на те, що вижив, чому інші люди, побратими, інші військові не були настільки щасливі. Виникають саморуйнівні думки і поведінка, аж до суїцидальних [1].

Стреси і напруження, які з'являються у звичайному повсякденному житті, можуть ставати нестерпними для тих, хто отримав травматичний інцидент. Вони намагаються уникати близьких контактів з родиною, друзями і колегами, що доволі часто призводить до збільшення особистих проблем.

Труднощі у стосунках з часом посилюються разом із загостренням відчуття стосовно того, що ніхто не спроможний зрозуміти, через що він пройшов. Це проявляється у труднощах засинання, підвищеному рівні дратівливості, ускладнення концентрації уваги, сильних спалахах гніву і вибухових реакціях, немотивованій надмірній підозрілості і підвищеній готовності до втекти від ситуації.

У звичайному повсякденному житті військовий може здаватися абсолютно благополучною людиною, але будь-який зовнішній стимул, наприклад, відповідний звук, запах, схожа ситуація, тінь, що промайнула за плечем, повертає людину в пережиту критичну ситуацію та викликає миттєве пожвавлення переживань. На захист від цих переживань потерпілому необхідно витратити все більше і більше зусиль. Надмірна підозрілість виражається в тому, що військовий перебуває у систематичному очікуванні, настороженості, немов йому загрожує небезпека. Проте небезпека в даному випадку не стільки зовнішня, скільки внутрішня, вона не дозволяє розслабитися та відпочити [16].

При найменшому подразненні, стукоті, шумі людина голосно кричить, кидається бігти тощо. Підвищується дратівливість, нетерпимість до звичайних побутових питань, часто з'являється шалена ворожість, яка спрямована проти конкретних людей та супроводжується погрозами, використовується груба фізична сила, мовна агресивність, з'являються спалахи гніву. Зовсім незначна подія може викликати тривале та міцне почуття злості. З'являється відчуття, що людина не схожа на саму себе. Рідні, друзі і колеги можуть помічати істотні зміни у характері людини.

В міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10 та МКХ-11) ПТСР класифікується як розлад, що виникає після переживання або спостереження травматичних подій, таких як бойові дії, насильство, катастрофи тощо. МКХ-10 визначає такі основні симптоми для діагнозу ПТСР:

1. Повторне переживання травматичної події (флешбеки, кошмари).

2. Неможливість уникати або забути травму, зокрема через постійне переживання та спогади.

3. Емоційне відчуження та соціальна ізоляція, що характеризується зниженням інтересу до діяльності, труднощами у вираженні емоцій.

4. Гіперактивація, зокрема збудженість, труднощі зі сном, нервозність.

В Україні класифікація ПТСР ідентична міжнародним стандартам, однак є деякі особливості, пов'язані з локальними аспектами ведення війни. Для військових, які пережили бойові дії, ПТСР може включати специфічні симптоми, пов'язані з військовою травмою, такі як:

1. Травматичний стрес через бойові втрати (смерть товаришів, поранення).

2. Глибокий страх за власне життя або життя товаришів в екстремальних умовах.

3. Порушення соціальних зв'язків через труднощі адаптації до мирного життя після повернення з фронту [24].

Діагностування ПТСР в Україні також враховує фактори, що пов'язані з контекстом війни, соціальними умовами та специфікою взаємодії з родиною і суспільством. Тому багато сучасних психологічних та психіатричних досліджень в Україні звертаються до цієї класифікації з особливою увагою до ветеранів, що пережили війни та збройні конфлікти.

Таким чином, ПТСР є серйозним психічним захворюванням, що виникає внаслідок пережитих екстремальних подій, таких як бойові дії, та характеризується численними симптомами, які можуть значно погіршити якість життя. Як у міжнародній, так і в українській класифікаціях, основними симптомами ПТСР є повторне переживання травми, емоційна відчуженість, гіперактивація і уникання травмуючих ситуацій. Розуміння і своєчасне виявлення цих симптомів є важливим для ефективної психологічної реабілітації та допомоги особам, які постраждали від травматичних подій, зокрема військовослужбовцям, що пережили бойові дії.

1.3. Особливості діагностики ПТСР у військових умовах

Діагностика посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військових умовах є складною та важливою частиною реабілітації військовослужбовців, які пережили бойові дії. ПТСР є психічним захворюванням, яке може виникнути після переживання або свідчення травматичних подій, таких як бойові операції, насильство, втрати та інші екстремальні стресові ситуації. У випадку військовослужбовців, травмуючі події, що відбуваються під час війни, можуть бути особливо сильними, оскільки вони супроводжуються постійною загрозою життю, насильством, фізичними та психологічними травмами, а також травматичними втратами, такими як смерть товаришів по службі.

Військові умови створюють специфічні труднощі для діагностики ПТСР. Перше завдання полягає в тому, щоб виявити та відрізнити симптоми ПТСР від інших психічних порушень, таких як депресія чи тривожні розлади, оскільки вони можуть мати подібні симптоми. Крім того, військовослужбовці часто стикаються з проблемами відкриття своїх переживань через соціальні або культурні фактори, які можуть спричинити їх бажання замовчувати свою травму або ігнорувати потребу в допомозі.

Діагностика ПТСР у військових умовах потребує комплексного підходу, який включає не лише психіатричні та психологічні методи, а й врахування специфічних умов служби, впливу бойового стресу та можливих травмуючих ситуацій. Важливу роль у процесі діагностики відіграють не тільки професійні лікарі, а й оточення військовослужбовця, включаючи його побратимів, командирів та соціальні служби, які можуть вчасно помітити зміни в поведінці та емоційному стані [25].

Проблема діагностики та лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у ветеранів є широко обговорюваною у науковій літературі України. Значний внесок у вивчення цієї теми зробили такі дослідники, як А. Гайдабрус, О. Корольчук та Л. Прокоф'єва, які зосередили свою увагу на

різних аспектах ПТСР, зокрема на особливостях його проявів у військовослужбовців та психологічних підходах до корекції цього стану.

На сьогодні, в умовах триваючого російсько-українського конфлікту, відсутні точні статистичні дані щодо поширеності посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед військовослужбовців, і більшість інформації ґрунтується на неофіційних оцінках та висловлюваннях. Одним із прикладів цього є інтерпретація слів головного психіатра Міністерства оборони України, полковника Олега Друзя, згідно з якою було заявлено, що 93% ветеранів АТО мають психічні розлади, що, на думку деяких, може становити загрозу для суспільства. Це спричинило широкий громадський резонанс. Проте офіційні медичні дані наводять менш тривожну цифру – близько 26% військових, які стикаються з ПТСР [50].

Завищені показники поширеності посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед військових та цивільного населення можуть бути зумовлені широким спектром симптомів, які проявляються поодинокі у багатьох учасників бойових дій. Ці симптоми варіюються від незначних до виражених і часто нагадують клінічні ознаки ПТСР, що ускладнює точну діагностику.

Українські дослідники, зокрема О. Корольчук, виділяють три основні групи симптомів ПТСР, які зазвичай посилюються з віком:

1. Надмірне збудження, яке включає вегетативну лабільність, порушення сну, тривогу, нав'язливі спогади та уникнення ситуацій, пов'язаних з травматичними подіями.
2. Періодичні напади депресивного настрою, які можуть включати пригніченість, емоційну заціпенілість, відчай і відчуття безвиході.
3. Риси істеричного реагування, такі як параліч, сліпота, глухота та нервові тремтіння [47].

Американські дослідники (А. Maercker, С.Р. Brewin R.A. Bryant та ін.), в свою чергу, виділяють інші основні прояви ПТСР, серед яких:

1. Невмотивована пильність.

2. «Вибухові» реакції.
3. Притуплення емоцій.
4. Агресивність, порушення пам'яті та концентрації уваги.
5. Загальна тривожність, напади люті.
6. Зловживання наркотичними та лікарськими засобами.
7. Депресія.
8. Небажані спогади, галюцинаторні переживання, безсоння.
9. Думки про самогубство.
10. Почуття провини жертви [60].

Ці симптоми можуть значно варіювати в залежності від індивідуальних особливостей людини, що ускладнює процес точного діагностування та вибору оптимального підходу до лікування та реабілітації постраждалих від бойових дій.

Діагностика посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед військових передбачає застосування комплексного підходу, який охоплює оцінку симптомів, анамнезу, психологічне тестування та інколи фізичні обстеження. Процес діагностики ПТСР можна розділити на кілька ключових етапів:

Етап 1. Скринінг. Діагностика посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військових розпочинається з етапу скринінгу, який включає використання різноманітних інструментів і методик для первинної оцінки симптомів і їх впливу на повсякденне життя пацієнта. Метою скринінгу є швидке виявлення потенційних ознак ПТСР, щоб направити пацієнта на більш детальне обстеження та лікування.

Одним з основних інструментів скринінгу є Клінічне діагностичне інтерв'ю (SCID), яке є детальним структурованим інтерв'ю для оцінки психічного здоров'я, включаючи визначення наявності ПТСР. SCID складається з кількох діагностичних модулів, які допомагають здійснити комплексну оцінку симптомів, таких як інтенсивність та частота переживань

травми, нав'язливі спогади, уникання ситуацій, що нагадують про травму, та фізіологічну збудливість [56].

Інтерв'ю SCID дозволяє фахівцям зібрати докладний анамнез, оцінити, наскільки симптоми впливають на повсякденну діяльність військовослужбовця, а також дізнатися про наявність супутніх психічних розладів, таких як депресія чи тривожні розлади, що може допомогти у створенні точного діагнозу.

Також в рамках цього етапу використовуються додаткові інструменти, такі як Шкала оцінки клінічних симптомів ПТСР (CAPS), яка допомагає більш точно оцінити ступінь вираженості симптомів і визначити їхню динаміку протягом часу. CAPS дає можливість не тільки виявити симптоми, але й виміряти, як часто вони проявляються, що дозволяє зрозуміти їхній вплив на якість життя.

Додатково застосовуються опитувальники та шкали самооцінки, що дозволяють пацієнту самостійно оцінити рівень свого психологічного стану та виявити специфічні симптоми, які можуть бути не завжди очевидними при безпосередньому інтерв'ю з фахівцем. Такі інструменти дозволяють визначити, чи є у військовослужбовця виражені ознаки ПТСР, та як вони відображаються на його соціальному та професійному функціонуванні [51].

Цей етап є ключовим для створення точного профілю симптомів, що дозволяє правильно оцінити стан пацієнта та скласти план подальшого обстеження і лікування.

Етап 2. Оцінка функціонування та впливу на повсякденне життя..

На цьому етапі діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР) важливим є детальне дослідження того, як травматичний досвід впливає на різні сфери життя військовослужбовця. Оцінюється не лише наявність симптомів, але й те, як вони заважають виконанню професійних обов'язків, взаємодії з іншими людьми та загальному функціонуванню в суспільстві.

Один із основних інструментів для оцінки цього аспекту – Шкала впливу травматичної події (IES-R). Цей інструмент дозволяє виміряти, наскільки серйозно травматичний досвід вплинув на повсякденне життя, зокрема на робочі здатності, соціальні взаємодії, та загальний емоційний стан особи. За допомогою IES-R оцінюються такі фактори, як рівень тривоги, переживання нав'язливих спогадів, частота уникнення ситуацій, пов'язаних із травмою, а також фізіологічні прояви стресу. Це дає змогу зрозуміти, наскільки сильно ПТСР обмежує здатність особи функціонувати в різних сферах її життя [42].

Крім того, для оцінки соціального та професійного функціонування військовослужбовця використовуються опитувальники самооцінки, що дозволяють людині сама оцінити свій психологічний стан і зміни в особистісному функціонуванні після пережитого стресу. Ці опитувальники дають фахівцям уявлення про внутрішнє самовідчуття пацієнта, його здатність адаптуватися до умов повсякденного життя та інтегруватися в соціальні та професійні колективи.

Аналіз функціонування в рамках цього етапу дозволяє не лише визначити ступінь вираженості ПТСР, але й з'ясувати, які конкретно сфери життя потребують найбільшої уваги в процесі лікування та реабілітації. Це допомагає розробити індивідуальний підхід до лікування, що буде сприяти поверненню до нормального функціонування та покращенню якості життя пацієнта [8].

Етап 3. Диференціальна діагностика. Диференціальна діагностика є критичним етапом у процесі встановлення діагнозу ПТСР, оскільки багато психічних розладів мають подібні симптоми. Це може включати депресію, тривожні розлади, розлади адаптації та інші стани, які можуть бути схожі на ПТСР. Тому важливо ретельно відрізнити ці розлади для того, щоб правильно оцінити стан пацієнта та розробити ефективну стратегію лікування.

Процес диференціації включає в себе клінічне інтерв'ю, яке є одним з основних інструментів для збору анамнестичних даних. Психолог або психіатр проводить детальне інтерв'ю з пацієнтом, вивчаючи історію його

захворювання, обставини травматичних подій та попередні психічні стани. Важливо не лише збирати дані про поточні симптоми, але й враховувати медичну та психологічну історію пацієнта, щоб зрозуміти, чи можуть інші психічні розлади мати схожі прояви [15].

Для більш точної оцінки використовуються специфічні психометричні інструменти, які дозволяють розрізняти симптоми ПТСР від симптомів інших психічних розладів. Це можуть бути стандартизовані анкети та шкали, розроблені для того, щоб оцінити тривалість, інтенсивність і конкретні прояви симптомів, таких як депресія, тривога, або стресові реакції. Ці інструменти допомагають фахівцю уточнити діагноз, виявити потенційні коморбідні стани та чітко зрозуміти, які саме психічні проблеми необхідно лікувати.

Диференціальна діагностика дозволяє не тільки виключити інші стани, а й визначити специфіку ПТСР, що є необхідним для створення правильного плану лікування. Врахування таких факторів, як індивідуальні особливості пацієнта, специфіка травматичного досвіду та наявність супутніх розладів, дозволяє оптимізувати лікувальний підхід і підвищити ефективність терапії [17].

Етап 4. Планування лікування. На основі зібраної інформації про стан пацієнта, його симптоми та вплив ПТСР на повсякденне життя, розробляється індивідуальний план лікування, який враховує специфіку симптомів, умови життя та потреби військовослужбовця. Лікування зазвичай включає комбінацію психотерапевтичних методів та медикаментозної терапії.

1. Психотерапевтичні методи. Психотерапія є основним методом лікування ПТСР, сприяючи обробці травматичних спогадів, зниженню емоційної напруги та зміні деструктивних патернів мислення. Зокрема, ефективними є:

- Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ): Це одна з найбільш досліджених і ефективних форм терапії для ПТСР. КПТ зосереджується на виявленні і зміні негативних мисленнєвих патернів, які сприяють тривожності, депресії та нав'язливим спогадам. КПТ допомагає пацієнту розпізнавати

неадаптивні думки та переконання, що виникають після травми, і замінювати їх на більш здорові та реалістичні.

- EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing – терапія за допомогою рухів очей): Цей метод використовує рухи очей для стимуляції процесу обробки та зменшення емоційної напруги від травматичних спогадів. EMDR допомагає пацієнтам інтегрувати і переосмислити травматичні спогади, знижуючи їх вплив на психічне здоров'я. Цей підхід показав свою ефективність при лікуванні травматичного стресу та симптомів ПТСР [21].

2. Медикаментозне лікування. Медикаментозне лікування є важливою складовою плану, особливо в перші етапи лікування, коли симптоми є найбільш вираженими. Зазвичай використовуються препарати, які сприяють стабілізації емоційного стану та полегшують симптоми тривоги та депресії. Це можуть бути:

- Антидепресанти (селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну – СІЗЗС): ці препарати допомагають знижувати симптоми депресії, покращують настрій і емоційну стабільність.

- Анксіолітики: препарати для зменшення тривоги, такі як бензодіазепіни, можуть використовуватися на короткий термін для полегшення симптомів тривожності та панічних атак. Вони можуть бути особливо корисними в періоди гострого стресу, коли військовослужбовець стикається з найбільшими труднощами в адаптації [35].

3. Підтримка соціального функціонування. Важливим аспектом лікування є також підтримка соціального функціонування пацієнта. Це включає роботу з міжособистісними стосунками, відновлення професійної діяльності та підтримку пацієнта в його повсякденних активностях. Важливо включати сім'ю або близьких людей у процес лікування, щоб сприяти поліпшенню емоційної підтримки та реадaptaції військовослужбовця до мирного життя.

Оцінка ефективності лікування проводиться на регулярній основі, з використанням шкал для оцінки симптомів та функціонування, що дозволяє коригувати терапевтичний підхід у разі необхідності.

Паралельно з психотерапією проводиться підтримка в процесі відновлення соціального функціонування, щоб допомогти особі відновити зв'язки з оточенням, повернутися до роботи та соціальної активності. Оцінка ефективності лікування здійснюється на регулярній основі, що дозволяє вчасно коригувати план терапії, враховуючи зміни в стані пацієнта.

Кожен з етапів діагностики та лікування є невід'ємною частиною процесу, який дозволяє створити комплексний підхід до реабілітації пацієнта та досягти найбільших результатів у боротьбі з ПТСР.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СЕРЕДОВИЩА НА АДАПТАЦІЮ ВЕТЕРАНІВ

2.1. Аналіз результатів інтерв'ю з ветеранами (методика, вибірка, результати)

Проблема адаптації ветеранів до мирного життя після участі в бойових діях є надзвичайно актуальною в умовах сучасної України, яка вже тривалий час перебуває в стані збройного конфлікту. Повертаючись із фронту, ветерани стикаються з новими викликами — не лише фізичними та психологічними, а й соціальними. Успішність їхньої реінтеграції значною мірою залежить від особливостей середовища, в яке вони повертаються: сімейного, професійного, громадського, інформаційного тощо.

Соціальне середовище може як сприяти адаптації, забезпечуючи підтримку, прийняття та можливості для розвитку, так і ускладнювати її, провокуючи ізоляцію, стигматизацію або байдужість. Водночас велике значення мають і дії державних структур, неурядових організацій, волонтерських ініціатив, які формують сприятливі або навпаки — бар'єрні умови для адаптаційних процесів.

Актуальність даного дослідження зумовлена необхідністю глибшого розуміння ролі середовища в адаптації ветеранів, виявлення ключових чинників, що впливають на їхнє самопочуття, психоемоційний стан, мотивацію до соціальної активності та професійного самоздійснення. Отримані результати можуть слугувати основою для розробки ефективних програм підтримки та супроводу ветеранів.

Отже, з метою дослідження впливу середовища на адаптацію ветеранів, було організовано та проведено емпіричне дослідження. В ньому добровільно погодилися взяти участь 30 військовослужбовців, які приймали участь в

бойових діях і на даний час проходять реабілітацію. Вік досліджуваних – від 27 до 46 років. Дослідження включало кілька ключових етапів:

I етап – організаційний етап дослідження. Цей етап охоплює кілька важливих аспектів, необхідних для успішного проведення емпіричного дослідження. На ньому був ретельно обраний набір методів, що включає визначення найбільш відповідних та надійних інструментів для збору даних. Вибір методів дослідження ґрунтувався на цілях і завданнях експерименту, а також на специфіці досліджуваної проблеми.

Однією з основних задач цього етапу стало формування групи досліджуваних. Крім того, організаційний етап передбачав проведення попередньої роботи з учасниками дослідження. Це включало отримання інформованої згоди від усіх учасників, роз'яснення мети та процесу дослідження, а також гарантування конфіденційності отриманих даних. Учасникам були надані гарантії безпеки та захисту їхніх прав.

Організаційний етап є основою для подальшого успіху дослідження, оскільки від його ретельності та якості залежить достовірність та надійність отриманих результатів.

Опитування респондентів було організовано та проведено за допомогою Google-форм, що має кілька важливих переваг:

1. Google-форми легко створюються та налаштовуються. Вони доступні з будь-якого пристрою, що має підключення до Інтернету, що дозволяє респондентам брати участь у опитуванні з будь-якого місця.

2) за допомогою Google-форм можна збирати різноманітну інформацію, зокрема текстові відповіді, варіанти вибору, мультимедійні елементи тощо. Це дозволяє отримувати більш детальні та різноманітні відгуки від респондентів.

3) Google-форми мають можливість автоматично обробляти та аналізувати зібрані дані, що значно полегшує процес обробки відповідей та знижує час, необхідний для їх аналізу.

4) Google-форми надають можливість налаштовувати різні рівні доступу до опитувань та зібраних даних, що забезпечує конфіденційність та захист

персональних відомостей респондентів. Це дозволяє контролювати, хто має доступ до інформації, і гарантує безпеку зібраних даних.

5) Google-форми оснащені вбудованими інструментами для аналізу зібраних даних і створення звітів у зручному форматі. Це дає змогу швидко визначити ключові тенденції, виявити проблемні зони та приймати обґрунтовані рішення, спираючись на отриману інформацію.

6) Використання Google-форм дозволяє організувати опитування ефективно, усуваючи необхідність вручну обробляти анкети та відповіді, що значно економить час та ресурси.

II етап – діагностичний етап, який передбачав проведення безпосереднього дослідження серед військовослужбовців, обраних на попередньому організаційному етапі. Цей етап є ключовим у дослідженні, оскільки саме на ньому збираються основні дані, які необхідні для подальшого аналізу та вивчення.

III етап – аналітичний етап, який є завершальним і вирішальним етапом експерименту, на якому проводиться обробка результатів та аналіз отриманих даних. На цьому етапі здійснюється ретельний аналіз зібраної інформації з метою виявлення закономірностей, тенденцій та значущих відмінностей.

Ключовою частиною аналітичного етапу є інтерпретація результатів. На основі отриманих даних формуються висновки та рекомендації.

Аналіз результатів експериментальних досліджень у межах означеної теми, ознайомлення з діагностичним інструментарієм, який використовують в межах нашого дослідження, дозволив визначити комплекс методик для констатувальної діагностики, серед яких наступні:

1. Госпітальна шкала HADS (додаток А).
2. Міссісіпська шкала посттравматичних стресових розладів, пов'язаних із бойовими діями (додаток Б).
3. Методика оцінки адаптаційних здібностей особистості (багаторівневий особовий опитувальник (БОО) «Адаптивність-200») (додаток В).

Госпітальна шкала HADS використовується з метою визначення та оцінки тяжкості симптомів депресії та тривоги в умовах загальномедичної практики.

Шкала складена з 14 тверджень, які обслуговують дві підшкали – Тривога, Депресія. Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді, що відображають ступінь наростання симптоматики, – градації вираженості ознаки, і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 балів (відсутність) до 4 (максимальна вираженість).

Інтерпретація результатів:

0-7 – норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії);

8-10 – субклінічно виражена тривога/депресія;

11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

Міссісіпська шкала посттравматичних стресових розладів, пов'язаних із бойовими діями. Це клінічна тестова методика, яка допомагає фахівцям в оцінці та діагностиці ПТСР, а також у моніторингу ефективності лікування посттравматичних стресових розладів. Створена на основі MMPI. 30 питань утворюють три основні шкали, які співвідносяться з трьома групами симптомів ПТСР: 11 питань першої шкали описують симптоми групи «вторгнення», 11 симптомів другої шкали описують симптоми групи «уникнення», 8 питань третьої шкали описують симптоми «збудливості». П'ять питань, що залишилися, описують симптоми, пов'язані з почуттям провини та суїцидальні схильності.

Підраховується сума відповідей на твердження (сумуються відповіді респондента на «прямі» твердження і відповіді за «зворотними» твердженнями. Отримана сума дозволяє поділити досліджуваних на тих, які мають ПТСР і тих, які не мають ПТСР.

Багаторівневий особистісний опитувальник (БОО) «Адаптивність-200» призначений для того, щоб вивчити адаптаційні можливості та психологічні

характеристики особистості, які відображають інтегральні особливості соціального та психічного розвитку.

Опитувальник складається з тверджень, які стосуються самопочуття людини, поведінки, характеру, стосунків в родині, інтересів. Досліджувані мають визначити своє ставлення до кожного твердження, а саме – погодитися з ним чи не погодитися. Для цього використовуються знаки «+» та «-» у відповідній клітинці реєстраційного бланку.

Кількість правильних відповідей підраховується за допомогою «ключа» та за наступними шкалами:

1. Достовірність (Д). Вона використовується для того, щоб оцінити щирість відповідей військового на питання
2. Поведінкова регуляція (ПР). Призначена для з'ясування рівня нервово-психічної стійкості військового та його толерантного ставлення до несприятливих дій професійної діяльності.
3. Комунікативний потенціал (КП). Використовується для того, щоб з'ясувати комунікативні можливості військового та вміння побудувати міжособистісні стосунки в колективі.
4. Морально-етична нормативність (МН). Використовується для вивчення можливості військового дотримуватися моральних норм поведінки, вміння підкорятися корпоративним чи груповим нормам.
5. Військово-професійна спрямованість (ВПС). Направлена на те, щоб виявити рівень професійної мотивації та направленості військового на продовження професійної діяльності.
6. Схильність до девіантних форм поведінки (ДАП). Вона спрямована на виявлення ознак делінквентної та аддиктивної поведінки.
7. Суїцидальний ризик (СР). Шкала призначена для виявлення осіб, які схильні до вчинення суїцидальних дій.

Під час обробки результатів до уваги береться кількість відповідей, які співпадають з «ключем» опитувальника. Кожна відповідність з «ключем» оцінюється одним «сирим» балом.

Таким же самим чином за допомогою «ключа» відбувається обробка даних за основними шкалами методики: ПР, КП, МН та додатковими: ВПС, ДАП, СР.

Обробка отриманих даних має починатися зі шкали достовірності (Д):

0-5 балів свідчать про високу достовірність результатів;

6-9 балів свідчать про достатню достовірність результатів.

Більше 10 балів свідчать про те, що результати обстеження не є достовірними, їх варто вважати необ'єктивними через намагання досліджуваного якомога більше відповідати соціально бажаному типу особистості.

Для того, щоб отримати інтегральні бали, які дозволять проаналізувати та з'ясувати рівень стійкості до бойового стресу, «сирі» бали за кожною з основних шкал підсумовуються та отримані значення переводяться у стени за допомогою спеціальної таблиці, і далі – у рівень стійкості до бойового стресу.

Перший рівень стійкості до бойового стресу. Високий рівень розвитку адаптаційних можливостей людини. Повністю відповідає всім вимогам, які висуваються до військових в умовах військової діяльності.

Другий рівень стійкості до бойового стресу. Достатній рівень розвитку адаптаційних можливостей особистості. Відповідає тим вимогам, які висуваються до військових в умовах військової діяльності.

Третій рівень стійкості бойового стресу. Задовільний рівень розвитку адаптаційних можливостей особистості. на мінімальному рівні військовий відповідає тим вимогам, які ставляться перед ним в умовах бойової діяльності.

Четвертий рівень стійкості до бойового стресу. Недостатній рівень адаптаційних можливостей військового. Він не відповідає тим вимогам, які ставляться перед ним піз час бойової діяльності.

Після проведеної діагностики було здійснено аналіз та інтерпретацію результатів.

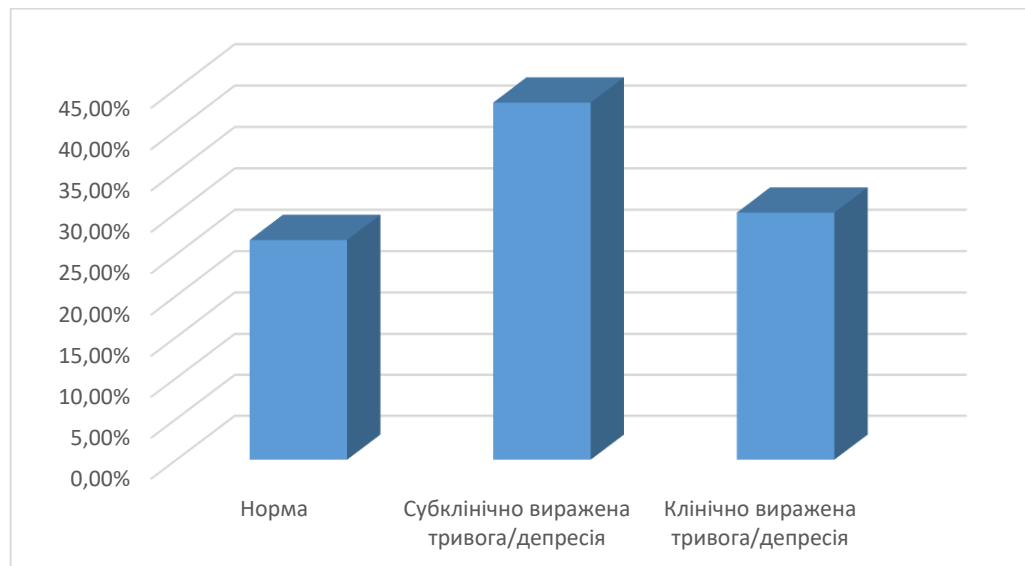
Результати за шкалою HADS подано в таблиці 2.1:

Таблиця 2.1

Результати військовослужбовців, отримані за шкалою HADS

Показники	Кількість осіб	%
Норма	8	26,7%
Субклінічно виражена тривога/ депресія	13	43,3%
Клінічно виражена тривога/ депресія	9	30%

Для кращого розуміння та подальшої інтерпретації результатів, їх було подано на рисунку 2.1:

**Рис. 2.1. Результати за шкалою HADS**

Аналізуючи результати обстеження військовослужбовців за шкалою HADS, можна зробити висновок про поширеність тривожних і депресивних проявів серед осіб, які перебувають на етапі психологічної реабілітації.

Лише 26,7% (8 осіб) демонструють показники в межах норми, що свідчить про відсутність клінічно значущих симптомів тривоги чи депресії. Ці респонденти, ймовірно, мають достатній рівень психологічної стійкості або вже досягли певного прогресу в адаптації до мирного життя.

Найбільшу частку – 43,3% (13 осіб) – становлять військовослужбовці з субклінічно вираженими симптомами тривоги або депресії. Це означає, що в них уже спостерігаються певні психоемоційні порушення, які ще не набули повноцінної клінічної форми, проте можуть поглибитися без належного психологічного втручання. Ця група вимагає уваги з боку фахівців, адже саме вона становить «зону ризику».

Ще 30% (9 осіб) мають клінічно виражені прояви тривоги або депресії, що свідчить про наявність серйозних психоемоційних проблем, які можуть ускладнювати адаптацію, знижувати якість життя та підвищувати ризик розвитку ПТСР або інших психічних розладів. Ці військовослужбовці потребують цілеспрямованої психотерапевтичної підтримки, можливо, з фармакологічним супроводом.

Отже, сумарно понад 70% респондентів демонструють різний ступінь психоемоційного неблагополуччя, що вказує на необхідність посилення роботи психологів, психотерапевтів та мультидисциплінарних команд із реабілітації. Результати підтверджують важливість психологічного супроводу ветеранів не лише на етапі лікування, а й у довготривалій перспективі їхньої соціалізації.

Результати, отримані за Міссісіпською шкалою посттравматичних стресових розладів, подано в таблиці 2.2:

Таблиця 2.2

Результати військовослужбовців, отримані за Міссісіпською шкалою посттравматичних стресових розладів

Показники	Кількість осіб	%
Добре адаптовані	6	20%
Психологічний розлад	19	63,3%
Пограничний стан	5	16,7%

Для кращого розуміння та подальшої інтерпретації результатів, їх було подано на рисунку 2.2:

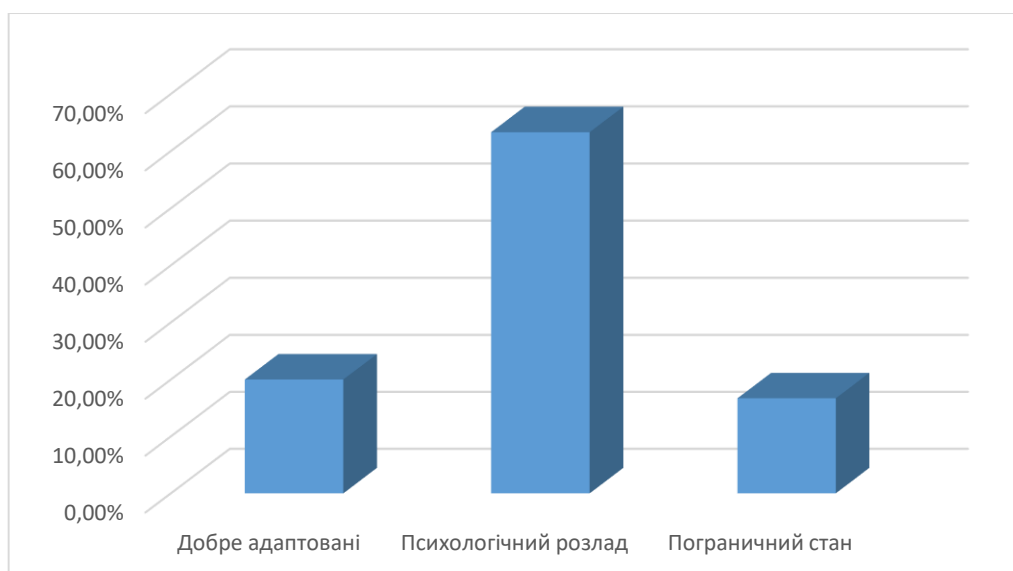


Рис. 2.2. Результати за Міссісіпською шкалою посттравматичних стресових розладів

Результати, отримані за Міссісіпською шкалою посттравматичних стресових розладів, свідчать про наявність суттєвих труднощів психологічної адаптації серед військовослужбовців, які проходять реабілітацію. Лише 20% респондентів (6 осіб) були класифіковані як добре адаптовані, що свідчить про відносно стабільний психоемоційний стан та здатність справлятися зі стресом без ознак патологічної симптоматики.

Найбільша частка обстежених – 63,3% (19 осіб) – мають психологічні розлади, що вказує на високий рівень психотравматизації. Це може свідчити про наявність симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР),

таких як тривожність, дратівливість, порушення сну, спогади травматичних подій тощо. Ця група потребує комплексної психотерапевтичної та соціальної підтримки, а також, можливо, медичного супроводу.

Ще 16,7% (5 осіб) перебувають у пограничному стані, що може свідчити про наявність окремих симптомів ПТСР або нестійку психоемоційну адаптацію. Такі військовослужбовці є вразливою групою, яка за несприятливих умов може перейти в стан психологічного розладу.

Таким чином, загальна картина демонструє високий рівень психологічної дезадаптації серед ветеранів, які перебувають у процесі реабілітації. Це підкреслює необхідність системного підходу до організації психологічної допомоги, врахування індивідуальних потреб та впровадження ефективних програм реабілітації, орієнтованих на подолання наслідків травматичного досвіду та формування ресурсного середовища для повернення до мирного життя.

Результати, які було отримано за методикою ББО «Адаптивність» подано в таблиці 2.3:

Таблиця 2.3

Результати військовослужбовців за методикою ББО «Адаптивність»

Шкали	Високий рівень	Середній рівень	Низький рівень
Поведінкова регуляція (ПР)	7 осіб, 23,3%	11 осіб, 36,7%	12 осіб, 40%
Комунікативний потенціал (КП)	13 осіб, 43,4%	10 осіб, 33,3%	7 осіб, 23,3%
Морально-етична нормативність (МН)	6 осіб, 20%	17 осіб, 56,7%	7 осіб, 23,3%
Військово-професійна спрямованість (ВПС)	16 осіб, 53,3%	6 осіб, 20%	8 осіб, 26,7%

Схильність до девіантних форм поведінки (ДАП)	17 осіб, 56,7%	9 осіб, 30%	4 особи, 13,3%
Суїцидальний ризик (СР)	8 осіб, 26,7%	12 осіб, 40%	10 осіб, 33,3%

Для кращого розуміння та подальшої інтерпретації результатів, їх було подано на рисунку 2.3:

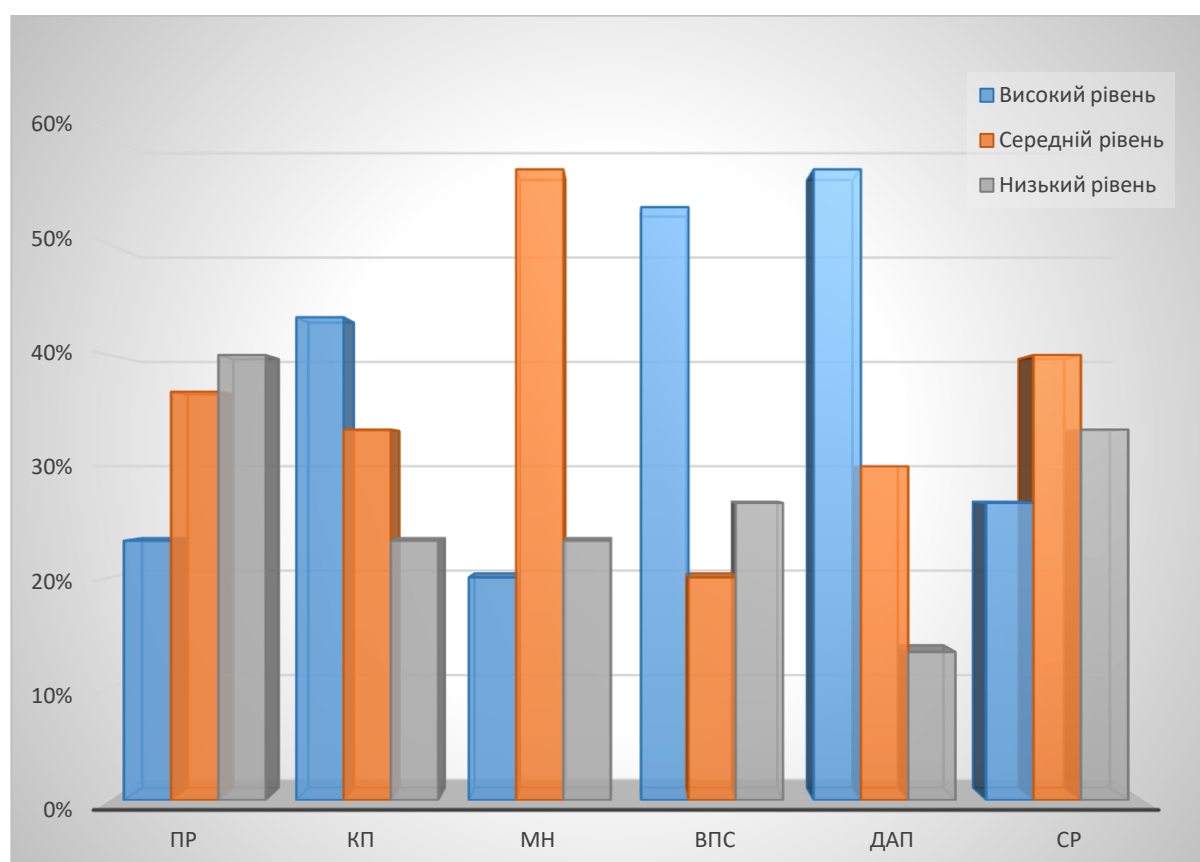


Рис.2.3. Результати опитувальника БОО «Адаптивність-200»

Результати дослідження адаптаційних характеристик військовослужбовців за методикою БО «Адаптивність» дозволяють комплексно оцінити як загальний рівень адаптації, так і наявність окремих дезадаптивних проявів у поведінковій, емоційній та ціннісно-мотиваційній сферах.

1. Поведінкова регуляція (ПР):

- Високий рівень – 23,3% (7 осіб).
- Середній – 36,7% (11 осіб).
- Низький – 40% (12 осіб).

Показники свідчать про низьку здатність значної частини респондентів до самоконтролю, організованості та планування дій, що ускладнює процес соціальної адаптації. Більшість потребує підтримки в розвитку навичок регуляції поведінки.

2. Комунікативний потенціал (КП):

- Високий – 43,4% (13 осіб).
- Середній – 33,3% (10 осіб).
- Низький – 23,3% (7 осіб).

Близько третини респондентів мають обмежені комунікативні ресурси, що може ускладнювати встановлення соціальних зв'язків та ефективну інтеграцію в колектив. Водночас 43,4% демонструють високий потенціал, що є позитивним чинником у процесі реабілітації.

3. Морально-етична нормативність (МН):

- Високий – 20% (6 осіб).
- Середній – 56,7% (17 осіб).
- Низький – 23,3% (7 осіб).

Більшість військових демонструє середній рівень морально-етичної нормативності, що вказує на загальну схильність дотримуватися соціальних норм, але 23,3% виявляють схильність до порушення етичних норм, що може бути наслідком бойового досвіду або психотравм.

4. Військово-професійна спрямованість (ВПС):

- Високий – 53,3% (16 осіб).
- Середній – 20% (6 осіб).
- Низький – 26,7% (8 осіб).

Понад половина опитаних демонструє високий рівень професійної мотивації та ідентифікації з військовою діяльністю, що може свідчити як про

сильну професійну самореалізацію, так і про труднощі у переорієнтації на цивільне життя.

5. Схильність до девіантних форм поведінки (ДАП):

- Низький ризик – 56,7% (17 осіб).
- Середній – 30% (9 осіб).
- Високий ризик – 13,3% (4 особи).

Ці дані є позитивними, адже лише незначна частина військових демонструє схильність до девіантної поведінки, тобто до агресії, правопорушень чи ризикованих дій. Однак 30% перебувають у зоні потенційного ризику, що потребує моніторингу.

6. Суїцидальний ризик (СР):

- Низький – 26,7% (8 осіб).
- Середній – 40% (12 осіб).
- Високий – 33,3% (10 осіб).

Суїцидальні тенденції виявлені у третини респондентів, що є тривожним показником. Це підкреслює необхідність індивідуального підходу, кризової психологічної допомоги та постійного психоемоційного супроводу для виявлення та зниження ризику аутоагресії.

Таким чином, найбільш вразливими сферами адаптації є поведінкова регуляція та суїцидальний ризик, де високі показники дезадаптації вимагають негайного психокорекційного втручання. Комунікативний потенціал і військово-професійна спрямованість є відносно сильними сторонами частини респондентів і можуть бути використані як ресурс у процесі реабілітації. Загалом результати свідчать про неоднорідність групи військовослужбовців, що потребує індивідуалізованого підходу в програмах соціально-психологічної адаптації.

Варто зауважити, що отримані результати демонструють, що переважна більшість військовослужбовців, які проходять реабілітацію, мають ознаки емоційної, соціальної або поведінкової дезадаптації, що обумовлено впливом бойового досвіду, травматичних подій і труднощів переходу до мирного

життя. Виявлені високі показники ПТСР, тривожності, суїцидального ризику та порушення поведінкової регуляції вказують на необхідність створення багаторівневої системи психологічної підтримки.

2.2. Вплив родини на процес адаптації: приклади з практики

Родина відіграє ключову роль у процесі адаптації ветеранів до мирного життя після участі в бойових діях. Соціальна підтримка, емоційне прийняття, стабільність міжособистісних стосунків та безпечне середовище, яке надає родина, можуть значною мірою зменшити симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривожності та депресії.

Практичні приклади:

Приклад 1. Позитивний вплив родинного середовища..

В одному з кейсів, зафіксованих під час психологічного супроводу ветеранів у реабілітаційному центрі, військовослужбовець (Віктор Г.), який повернувся з фронту після участі в активних бойових діях, продемонстрував помітну позитивну динаміку у процесі психоемоційного відновлення. Одним із ключових чинників цієї динаміки стала активна підтримка з боку дружини.

Жінка не тільки була фізично присутньою на сесіях індивідуального та групового консультування, але й виявляла глибоку зацікавленість у процесі адаптації свого чоловіка. Вона брала участь у психоосвітніх тренінгах, де ознайомила з природою посттравматичних реакцій, принципами ненасильницького спілкування, техніками регуляції емоцій, а також методами формування безпечного емоційного простору вдома. Таке інформоване ставлення дозволило їй уникати токсичних комунікативних патернів, замінюючи їх на емпатійне слухання, толерантність до емоційних "сплесків" чоловіка та поступове налагодження довірливого діалогу.

Окрім цього, дружина підтримувала стабільну щоденну рутину, дбала про комфорт у побуті, заохочувала чоловіка до участі в спільних сімейних активностях, наприклад, прогулянках на свіжому повітрі, простому

домашньому хобі, спілкуванні з близькими друзями. Вона також утримувалась від тиску щодо швидкого повернення чоловіка до роботи чи активного соціального життя, визнаючи важливість поступового відновлення.

Як результат, протягом декількох місяців у Віктор Г. спостерігалось зниження симптомів тривожності, покращення якості сну, зменшення проявів гіперзбудження та емоційної відстороненості. Він почав брати участь у волонтерських ініціативах, відновив частину соціальних зв'язків, і поступово повертався до відчуття стабільності та контролю над власним життям.

Цей приклад яскраво ілюструє, що родинна підтримка може виступати важливим ресурсом у подоланні наслідків психологічної травми. Залучення близьких до процесу реабілітації сприяє створенню середовища, в якому відновлення набуває не лише індивідуального, але й системного характеру.

Приклад 2. Низький рівень підтримки – ризик дезадаптації.

Інший випадок, зафіксований у процесі роботи з ветеранами бойових дій, стосувався військовослужбовця (Владислав Х.), який після повернення додому зі зони бойових дій зіткнувся з серйозними труднощами в адаптації, спричиненими несприятливою родинною атмосферою. Замість очікуваної підтримки він натрапив на емоційну відстороненість, відчуження та відсутність розуміння з боку найближчих людей – дружини та батьків.

У родині панувала позиція «забути і рухатися далі», що суперечило потребам ветерана в осмисленні та проговоренні пережитого. Будь-які його спроби поділитися почуттями або пояснити власний стан сприймалися як «слабкість» або «непотрібне нагадування про війну». Такий підхід спричинив відчуття ізоляції, посилив переживання провини, тривоги та внутрішнього конфлікту.

Психоемоційний стан Владислав Х. поступово погіршувався: з'явилися симптоми загостреного ПТСР, порушення сну, спалахи агресії, апатія, втрачався інтерес до звичних занять. Наявність постійних конфліктів у родині лише загострювала ситуацію. Згодом у нього було зафіксовано зниження самооцінки, виражену депресивну симптоматику та ознаки суїцидального

ризика, що потребувало екстреного втручання з боку кризової команди психологів.

У процесі подальшої реабілітації важливою складовою стала робота не лише з самим Владиславом Х., а й з членами його родини – з метою підвищення рівня їх обізнаності про наслідки бойового стресу, розвиток емпатійного ставлення та корекцію деструктивних комунікативних моделей. Проте відновлення стосунків і довіри потребувало значного часу та зусиль.

Цей приклад яскраво демонструє, що недостатній або деструктивний рівень родинної підтримки може виступати потужним чинником дезадаптації ветерана, спричиняти загострення психотравматичних симптомів і навіть створювати загрозу для життя особи. Родина у таких випадках стає не ресурсом, а додатковим стресором, що ускладнює процес відновлення.

Приклад 3. Залучення родини до психотерапії як ресурс.

У межах однієї з комплексних програм реабілітації ветеранів бойових дій було впроваджено формат сімейного консультування як частину системної психотерапевтичної підтримки. Родина військовослужбовця Олега Т., який мав діагностований посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), погодилася взяти участь у регулярних групових сесіях з психологом.

Сеанси мали освітньо-психотерапевтичний характер і були спрямовані на підвищення обізнаності членів родини про природу ПТСР, типові реакції на стрес, зміни в емоційній регуляції ветерана та особливості процесу адаптації після фронту. Теми занять охоплювали такі питання, як:

- «Як говорити про війну, щоб це не травмувало»;
- «Психологічна безпека вдома»;
- «Роль близьких у відновленні психоемоційної рівноваги»;
- «Що таке "нормальна" реакція на ненормальні події».

Ключовим фактором ефективності стала емпатійна готовність родини до діалогу, а також бажання розуміти стан ветерана без осуду. Завдяки участі в груповій роботі з іншими родинами, члени сім'ї мали змогу усвідомити, що

їхні труднощі – не поодинокі явище, а поширена проблема, яка має шляхи вирішення.

Протягом кількох місяців спостерігалася позитивна динаміка:

- знизився рівень міжособистісної напруги,
- покращилися навички емоційної саморегуляції у самого ветерана,
- зросла відкритість у спілкуванні,
- і, найважливіше, - встановилася довіра між ним і членами родини.

Цей приклад демонструє, що вчасне залучення родини до психотерапевтичного процесу може стати потужним ресурсом адаптації. Спільне проходження певних етапів реабілітації сприяє формуванню партнерських стосунків, де відповідальність за психоемоційне відновлення поділяється, а не перекладається виключно на ветерана. У такій моделі родина стає опорою, здатною підтримати людину в найвразливіші моменти її повернення до мирного життя.

На практиці підтримка з боку родини може бути як захисним фактором, так і ризиком. Найбільшу користь має активне залучення членів родини до процесу реадаптації, що передбачає:

- психоосвіту для членів родини;
- участь у сімейній психотерапії;
- створення стабільного емоційного середовища;
- визнання досвіду військовослужбовця без осуду чи тиску.

Таким чином, ефективна адаптація ветеранів неможлива без урахування родинного чинника, адже саме близьке оточення часто стає першою лінією підтримки або, навпаки, джерелом повторної травматизації.

2.3. Досвід співпраці з соціальними службами та НУО (вітчизняні кейси)

У процесі адаптації ветеранів після участі у бойових діях надзвичайно важливою є міжсекторальна взаємодія – зокрема, співпраця державних

соціальних служб з недержавними організаціями (НУО), які спеціалізуються на психологічній, правовій, соціальній та медичній підтримці. Така взаємодія дозволяє створити комплексну систему допомоги, яка враховує не лише базові потреби ветеранів, а й більш глибокі – пов’язані з відновленням психічного здоров’я, формуванням мотивації до активного життя, поверненням до професійної діяльності, налагодженням стосунків у родині та спільноті.

Український контекст демонструє, що саме завдяки такій кооперації вдалося реалізувати низку успішних кейсів реінтеграції та супроводу ветеранів у громадське життя. Наприклад, завдяки участі таких НУО, як «Ветеран Хаб», «Побратими», «Свої», а також співпраці з Міністерством у справах ветеранів, було запущено програми психосоціального супроводу, тренінги з професійної перекваліфікації, курси з підприємництва, юридичні консультації та сімейне консультування.

Особливістю цього підходу є залучення самих ветеранів як провідників змін: багато з них після проходження реабілітації долучаються до волонтерської або консультативної роботи, що не лише посилює ефективність допомоги, а й сприяє формуванню ветеранських спільнот як осередків підтримки, довіри й взаємодопомоги.

Таким чином, ефективна модель адаптації ветеранів можлива лише за умов тісної співпраці державного сектору з громадянським суспільством, де кожен учасник процесу виконує свою роль у формуванні стійкого й підтримувального середовища.

Приклад 1. Центри ветерана при ОМС у співпраці з ГО «Побратими»

У деяких громадах України, зокрема в Київській та Дніпропетровській областях, за підтримки органів місцевого самоврядування (ОМС) функціонують ветеранські хаби, де ветерани можуть отримати базову юридичну консультацію, скерування до психолога, пройти курси перекваліфікації. Активну роль у цих ініціативах відіграє ГО «Побратими», яка надає психологічний супровід за методом «рівний-рівному». Ветерани, що

пройшли навчання з кризової інтервенції, допомагають новоприбулим адаптуватися, тим самим створюючи довірчу атмосферу.

Приклад 2. Проєкт «Психологічна підтримка ветеранів» від БФ «Свої».

Благодійний фонд «Свої» реалізує програму з надання безоплатної психологічної допомоги військовим та їхнім родинам. Співпраця фонду із соціальними працівниками дозволила організувати мобільні бригади психологів, які виїжджають до ветеранів у віддалених районах. Така модель стала ефективною в умовах, коли державні служби не можуть оперативно реагувати на потреби населення, зокрема в сільській місцевості.

Приклад 3. Центр «Я – ветеран» у Харкові.

У Харкові діє міжсекторальна ініціатива «Я – ветеран», у якій беруть участь служба зайнятості, представники медичних закладів, соціальні працівники та психологи НУО. Центр надає комплексні послуги ветеранам, включаючи юридичну допомогу, психологічну підтримку, освітні курси та тренінги з розвитку кар'єри. Одна з ключових переваг – створення індивідуальних планів адаптації для кожного клієнта, що підвищує ефективність реінтеграції [48].

Приклад 4. ГО «Ветеран хаб» та Міністерство у справах ветеранів.

«Ветеран хаб» – одна з найбільш активних організацій, що працює у сфері психологічної та соціальної адаптації ветеранів. У партнерстві з Міністерством у справах ветеранів реалізуються тренінгові програми з розвитку навичок саморегуляції, емоційної компетентності, подолання ПТСР. Організація також сприяє навчанню соціальних працівників, забезпечуючи підвищення їхньої кваліфікації у сфері роботи з ветеранами [65].

Таким чином, практика показує, що ефективна реінтеграція ветеранів потребує системної співпраці державних структур із громадським сектором. НУО часто мають гнучкість, спеціалізованих фахівців і досвід роботи в кризових умовах, яких не завжди вистачає у державних установах. Завдяки координації зусиль обох сторін можливе створення стійких моделей

підтримки, які враховують як індивідуальні потреби ветерана, так і соціальний контекст його життя.

2.4. Перешкоди на шляху до соціальної інклюзії: зібрані спостереження та дані

Процес соціальної інклюзії ветеранів, які повертаються до мирного життя після участі у бойових діях, супроводжується численними бар'єрами, які мають як особистісний, так і системний характер. На основі емпіричних спостережень у реабілітаційних центрах, а також зібраних даних у процесі роботи з військовослужбовцями, було виокремлено кілька ключових перешкод, що ускладнюють адаптацію та інтеграцію до цивільного середовища:

1. Стигматизація психічних розладів. Багато ветеранів уникають звернення за психологічною допомогою через страх бути осудженими, непорозуміння з боку суспільства або побоювання втратити авторитет у родині та серед побратимів. Поширене переконання, що «сильний не має права на слабкість», значною мірою гальмує своєчасну діагностику ПТСР, тривожних розладів і депресії.

2. Недостатність міжвідомчої координації. Ветерани часто змушені самотійно шукати інформацію про соціальні гарантії, програми перекваліфікації, психологічну допомогу. Відсутність єдиного координаційного центру або цифрового порталу ускладнює доступ до послуг та породжує розчарування в ефективності державної підтримки.

3. Труднощі працевлаштування. Низький рівень адаптації навичок, отриманих у ЗСУ, до цивільного ринку праці, упередження роботодавців, відсутність програм супроводу в професійній реінтеграції – усе це перешкоджає успішному працевлаштуванню ветеранів. Особливо складно знайти роботу тим, хто має фізичні або психічні наслідки травм.

4. Соціальна ізоляція. Зафіксовано чимало випадків, коли після демобілізації військові уникають соціальних контактів, відчують відчуження, втрачають зв'язок із довоєнним оточенням. Часто це пов'язано з труднощами у спілкуванні, нерозумінням з боку цивільних, а також переживанням «екзистенційного розриву» між досвідом війни та реальністю мирного життя.

5. Високий рівень сімейної напруги. Дослідження засвідчують, що нерідко родини не готові до змін у поведінці та психоемоційному стані ветеранів. Відсутність психоосвітньої підготовки членів сім'ї, конфлікти, зниження емоційної близькості – все це чинить негативний вплив на адаптацію військових.

6. Обмеженість ресурсів у сільських громадах. У малих населених пунктах часто відсутні психологи, фахівці з роботи з ветеранами, або ж такі послуги недоступні фізично (відстань, транспорт) чи фінансово. Це особливо гостро позначається на ветеранах із обмеженою мобільністю.

7. Нестача довіри до інституцій. Деякі ветерани висловлюють скепсис або відверту недовіру до державних структур – через бюрократію, черги, байдужість. Цей фактор знижує мотивацію звертатися по допомогу, що у свою чергу затримує процес інклюзії.

Таким чином, ефективна соціальна інтеграція ветеранів потребує не лише фахової підтримки та ресурсів, але й глибокої трансформації суспільного ставлення, побудови довіри, системної взаємодії між державними та громадськими структурами, а також активного залучення самих ветеранів до проєктування власного майбутнього.

РОЗДІЛ 3

ПРАКТИЧНІ МОДЕЛІ ТА ДОСВІД РЕАБІЛІТАЦІЇ

3.1. Огляд українських реабілітаційних центрів (аналіз їх підходів)

Система психологічної та психосоціальної реабілітації ветеранів в Україні активно розвивається з 2014 року, у відповідь на зростання кількості осіб, які повертаються з бойових дій із психоемоційними травмами. Станом на 2024 рік у державі функціонує низка центрів, що спеціалізуються на комплексній реабілітації військовослужбовців, ветеранів, а також членів їхніх родин:

1. Більшість провідних центрів, зокрема Центр психічного здоров'я та реабілітації «Лісова поляна» МОЗ України, реалізують принцип мультидисциплінарної допомоги. Команда складається з психіатра, психолога, фізичного терапевта, фахівця з соціальної роботи, іноді – з духовного наставника. Такий підхід дозволяє не лише надати медичну допомогу, а й супроводжувати людину на шляху до соціального відновлення. Це державний заклад управління МОЗ, який є першим в Україні медичним центром зі спеціалізацією на лікуванні психотравми, наслідків легкої черепно-мозкової травми (посткомоційного синдрому), а також допомозі особам, які пережили полон та тортури. Команда працює з 2014 року з травмами війни та має великий практичний досвід у наданні послуг, розбудові мережі допомоги для згаданих категорій осіб. Центр акумулює український та міжнародний досвід, забезпечує навчання, підвищення кваліфікації фахівців, що реалізується через роботу Тренінгової платформи [55]

2. У багатьох реабілітаційних програмах широко застосовуються методи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) для подолання симптомів ПТСР, тривожних та депресивних розладів. Також практикуються групова терапія, арт-терапія, терапія травмофокусованими методами, зокрема EMDR (десенсибілізація і репроцесінг за допомогою рухів очей).

Особливу ефективність показують програми, які інтегрують психотерапевтичну роботу із тілесними практиками (йога, дихальні вправи, масаж, фізіотерапія), як це, наприклад, впроваджується в центрі Leleka Foundation [37]. Це благодійна організація, заснована у 2014 році українцями в США у співпраці з волонтерськими ініціативами в Україні. Її основна місія – підтримка бойових медиків, які рятують життя на передовій. Окрім фізичної допомоги, Leleka Foundation активно розвиває соціальні та психологічні ініціативи, спрямовані на довготривалу підтримку військовослужбовців, медиків і їхніх родин. Leleka Foundation бере участь у проєктах, спрямованих на соціальну реінтеграцію поранених військовослужбовців: допомога в логістиці та медичному супроводі при лікуванні за кордоном, підтримка програм фізичної реабілітації та протезування; сприяння професійній адаптації ветеранів після важких поранень (у співпраці з іншими НУО та реабілітаційними центрами); створення просторів підтримки, де військові можуть проходити відновлення в безпечному середовищі.

3. Одним із найуспішніших підходів у роботі з ветеранами є підтримка від інших ветеранів, які пройшли навчання як фасилітатори або кризові консультанти. Такий підхід активно застосовується у діяльності ГО «Побратими», яка співпрацює з державними установами та ветеранськими хабами, що функціонують при громадах.

Використання принципу «рівний-рівному» допомагає встановити довіру між клієнтом і консультантом, знижує бар'єр звернення по допомогу, а також дає змогу ветеранам пережити досвід взаємопідтримки та подолати ізоляцію.

4. Центри нового типу, зокрема ті, що працюють у партнерстві з міжнародними організаціями, поступово впроваджують інтегровану модель, яка поєднує психосоціальну підтримку з супроводом у вирішенні юридичних, соціальних та побутових питань (доступ до пільг, працевлаштування, навчання). Яскравим прикладом такої моделі є Veteran Hub, має фізичні простори у Києві та Вінниці, а також мобільні офіси, які обслуговують Київську, Вінницьку та Дніпропетровську області [65]. Veteran Hub забезпечує

психологічну допомогу, включаючи індивідуальні та групові сесії, а також освітні матеріали для самодопомоги. Менеджери підтримки аналізують потреби клієнтів та допомагають сформувати індивідуальний план дій, спрямований на вирішення конкретних запитів. Організація реалізує проєкти, спрямовані на підвищення обізнаності щодо питань психічного здоров'я, сексуальності після поранень та усвідомленого батьківства під час війни. Організація дотримується принципів довіри та чесності, не вимагаючи офіційного підтвердження статусу ветерана для отримання послуг. Менеджери підтримки супроводжують клієнтів на всіх етапах взаємодії з хабом, забезпечуючи індивідуальний підхід до кожного.

5. Окрім державних структур, в Україні активно діють громадські та волонтерські реабілітаційні центри, зокрема проєкти при монастирях, ветеранських організаціях, благодійних фондах. Наприклад, Карітас України [18]. Карітас України – одна з провідних благодійних організацій, яка активно реалізує програми реабілітації та адаптації військовослужбовців, ветеранів та їхніх родин. Їхня діяльність охоплює широкий спектр послуг, спрямованих на підтримку осіб, постраждалих від збройного конфлікту на сході України. За підтримки Союзу Українських Організацій в Австралії, Карітас України реалізує програму, яка включає: медичну допомогу та реабілітацію: організація необхідної діагностики та лікування, зокрема в реабілітаційних центрах; психологічну допомогу та реабілітацію: психологічний супровід ветеранів та їхніх родин, включаючи реабілітацію від алкогольної та наркозалежності; професійну перекваліфікацію та отримання освіти: курси та тренінги для підвищення кваліфікації та адаптації до цивільного життя; юридичну та соціальну допомогу: консультації та підтримка у вирішенні правових та соціальних питань.

Карітас України активно співпрацює з Міністерством у справах ветеранів України, що дозволяє ефективно реалізовувати програми реабілітації та адаптації ветеранів. Ця співпраця забезпечує комплексний

підхід до вирішення проблем, з якими стикаються ветерани після повернення з зони бойових дій.

Таким чином, підходи до реабілітації ветеранів в Україні поступово переходять від вузькомедичного фокусу до комплексного, людинозорієнтованого підходу, де враховуються не лише психічні розлади, а й соціальний контекст, потреба в ідентичності, зайнятості, зв'язках із громадою. Наступним кроком для системи має стати стандартизація послуг, їх цифровізація, а також системна підготовка фахівців, здатних працювати із ветеранами на місцях.

3.2. Кейс-стаді: історії успішної адаптації ветеранів

Успішна адаптація ветеранів після участі у бойових діях є складним багатофакторним процесом, що включає фізичне відновлення, психологічну підтримку, соціальну інтеграцію та професійну перекваліфікацію. Нижче наведено кілька прикладів (кейсів), які ілюструють різні аспекти цієї адаптації на основі практики українських реабілітаційних центрів та громадських організацій.

Кейс 1. Психологічна реабілітація та соціальна інтеграція через ветеранський хаб.

Ветеран А., після повернення з фронту, зіткнувся з проблемами посттравматичного стресового розладу, тривожності та соціальної ізоляції. Завдяки участі у програмах Ветеран Хабу у Києві він отримав психологічну підтримку у вигляді індивідуальних консультацій і групової терапії, що допомогло йому опанувати методи саморегуляції та подолання емоційних труднощів. Окрім цього, він долучився до курсів професійної перекваліфікації, які розширили його кар'єрні можливості та сприяли відновленню впевненості у собі. Ветеран також активно включився у волонтерську діяльність, що підвищило його соціальну активність і відчуття власної значущості в суспільстві. Через півроку після початку реабілітації стан

А. значно покращився, він стабілізував емоційний стан та успішно працевлаштувався.

Кейс 2. Фізична реабілітація та підтримка родини.

Ветеран Б. отримав серйозне поранення під час бойових дій і потребував тривалої фізичної реабілітації. Центр Leleka Foundation забезпечив йому доступ до медичного лікування, протезування та реабілітаційних процедур, що допомогло відновити функціональні можливості та повернутися до активного способу життя. Водночас родина ветерана проходила психологічне консультування та навчання методам підтримки близької людини з урахуванням особливостей травматичного досвіду, що значно зменшувало рівень стресу у сім'ї і підвищувало розуміння процесу адаптації. Такий комплексний підхід сприяв не лише фізичному відновленню Б., але й збереженню сімейних зв'язків, що є важливим ресурсом для подолання труднощів адаптації та подальшої соціальної інтеграції.

Кейс 3. Професійна перекваліфікація та соціальна підтримка.

Ветеран В. після демобілізації зіткнувся з проблемою працевлаштування через відсутність актуальних професійних навичок. У рамках програми благодійного фонду «Свої» він пройшов курси перекваліфікації за спеціальністю інформаційних технологій, що дозволило йому оволодіти сучасними компетенціями, затребуваними на ринку праці. Окрім професійного навчання, В. отримав соціальну підтримку у вигляді наставництва від більш досвідчених ветеранів, які допомагали зорієнтуватися у нових викликах цивільного життя та подолати психологічні бар'єри. Цей комплексний підхід допоміг В. не лише успішно адаптуватися, а й знайти стабільну роботу, відновити впевненість у собі та побудувати нові соціальні зв'язки.

Ці кейси демонструють, що комплексний підхід, який включає медичну, психологічну, соціальну та професійну підтримку, є ключовим фактором успішної адаптації ветеранів. Також важливим є залучення родин і

соціального оточення, що підсилює позитивні зміни та допомагає ветеранам повернутися до повноцінного життя у суспільстві.

3.3. Оцінка ефективності онлайн-програм психологічної підтримки

В умовах сучасних викликів, пов'язаних із обмеженим доступом до традиційних форм психологічної допомоги, онлайн-програми психологічної підтримки для ветеранів набувають все більшої актуальності. Вони дозволяють забезпечити оперативний доступ до фахівців незалежно від географічного розташування, що особливо важливо для військовослужбовців, які проживають у віддалених або малодоступних регіонах. Ось кілька популярних та ефективних онлайн-програм психологічної підтримки військових, які працюють в Україні та міжнародно:

Платформа «MARTA». MARTA – Mental Adaptation and Rehabilitation Tools and Analysis. Цей ресурс розроблено для захисників, захисниць та членів їх родин.

Завдяки проєкту користувачі мають можливість самостійно провести перевірку свого психічного здоров'я та отримати рекомендації з його поліпшення тут і зараз.

Діагностична система схвалена Мережею Травматичного Стресу Європейського Коледжу Нейропсихофармакології та Всеукраїнською Асоціацією Психосоматичної Медицини.

Діагностичні інструменти, представлені на сайті використовуються на регулярній основі для тестування військових НАТО та Всесвітньою організацією охорони здоров'я [61].

2. Kriesenchat Ukrainian – це цілодобова служба психологічного консультування для всіх українців. Вони не пропонують довгострокову психотерапію, але надають необхідну допомогу у важкий час. Користувач має можливість поділитися пережитим досвідом та своїми почуттями з кваліфікованими консультантами в WhatsApp, SMS чи Telegram. Тут є можливість

виговоритися, отримати підтримку та пораду про те, як справлятися з тривогою, панічними атаками, стресом, почуттям провини тощо [59].

3. Американська програма VA Telehealth (U.S. Department of Veterans Affairs) – телмедичні послуги, що включають психотерапію, консультації та підтримку ветеранів через відеозв'язок. Програма охоплює лікування ПТСР, тривожності, депресії та інших розладів.

4. «Хаб стійкості» – це онлайн-платформа, що надає безоплатну психологічну підтримку у кризових ситуаціях. Ініціатива реалізується громадською організацією «Фундація Суспільність» спільно з центром психічного здоров'я «Брейнкульт». На сайті платформи доступні матеріали з психологічної самодопомоги, а також є можливість запису на індивідуальні консультації з психологами та психотерапевтами у форматі відеозв'язку. До проєкту приєдналося близько 50 фахівців. Користувачі можуть ознайомитися з професійними профілями спеціалістів і вибрати того, хто найкраще відповідає їхнім запитам – наприклад, у роботі з травмою втрати, депресією, кризами у стосунках тощо [54].

5. Платформа «Розкажи мені». Це ще одна безкоштовна онлайн-платформа, створена Інститутом когнітивного моделювання для надання психологічної підтримки. Фахівці проєкту працюють переважно в рамках когнітивно-поведінкової терапії – одного з найбільш ефективних та поширених підходів у сучасній психотерапії для подолання емоційних та поведінкових труднощів. Щоб скористатися допомогою, користувач залишає заявку, коротко описуючи свою проблему. Після цього модератори підбирають психолога, чия спеціалізація найбільш відповідає запиту. Обраний фахівець зв'язується з клієнтом для узгодження дати та формату консультації. Сеанси проходять онлайн, тривають від 30 до 60 хвилин та є повністю безкоштовними. За необхідності можна домовитися про подальші зустрічі з тим самим спеціалістом [45].

Таким чином, онлайн-програми психологічної підтримки є важливим інструментом комплексної реабілітації ветеранів, який доповнює традиційні

методи та сприяє підвищенню загальної якості їхнього життя. Подальші дослідження мають бути спрямовані на оптимізацію форматів, розвиток технологічних платформ та впровадження інноваційних методик дистанційної допомоги.

3.4. Пропозиції щодо створення адаптованої системи підтримки на основі емпіричних даних

На підставі проведеного аналізу діяльності вітчизняних реабілітаційних центрів, громадських ініціатив та платформ онлайн-допомоги, а також вивчення кейсів успішної адаптації ветеранів, сформульовано основні напрями вдосконалення системи психологічної підтримки та соціальної інтеграції осіб з бойовим досвідом:

1. Інтеграція комплексного підходу до реабілітації. Емпіричні спостереження свідчать, що найефективнішими є програми, які поєднують фізичну, психологічну, професійну та соціальну підтримку. Діяльність таких організацій, як Leleka Foundation, Veteran Hub і БФ «Свої», демонструє, що мультидисциплінарний підхід сприяє всебічному відновленню ветеранів та їх подальшій самореалізації в мирному середовищі.

Пропозиція: розробити модель індивідуалізованого маршруту реабілітації ветерана, який би охоплював етапи медичної допомоги, психологічної стабілізації, профорієнтації та інтеграції в суспільство.

2. Посилення ролі територіальних громад у забезпеченні підтримки. Досвід співпраці неурядових організацій із місцевою владою (зокрема, проєкти за участю ГО «Побратими») вказує на ефективність локальних ініціатив, які базуються на знанні контексту та потреб конкретної громади.

Пропозиція: сприяти розвитку ветеранських просторів у громадах, забезпечивши їх фінансуванням і методичною підтримкою на державному рівні, з орієнтацією на принцип «рівний – рівному».

3. Цифровізація психологічної допомоги. Застосування онлайн-інструментів психологічної підтримки довело свою ефективність у кризовий період, зокрема в умовах обмеженого доступу до фахівців у віддалених регіонах. Проєкти «Хаб стійкості» та онлайн-платформи Інституту когнітивного моделювання демонструють широкий потенціал цифрових сервісів у наданні якісної, безоплатної допомоги.

Пропозиція: створити державну інтегровану онлайн-платформу для психологічної підтримки, яка передбачає реєстр сертифікованих фахівців, автоматизований підбір психолога за запитом, а також можливість онлайн-консультацій через сервіси електронного урядування.

4. Розширення програм підтримки сімей ветеранів. Ефективність реабілітації значною мірою залежить від участі найближчого соціального оточення ветерана. Успішні кейси Leleka Foundation та Veteran Hub демонструють позитивні результати сімейного консультування як частини загальної терапевтичної програми.

Пропозиція: розширити практику залучення членів родини до процесу адаптації, шляхом розробки спеціалізованих тренінгів та психоедукаційних програм.

5. Впровадження системи моніторингу та зворотного зв'язку. Недостатній рівень оцінки ефективності вже існуючих програм ускладнює їх удосконалення та масштабування. Відсутність стандартизованих індикаторів результативності не дозволяє здійснювати якісний аналіз впливу психосоціальних втручань.

Пропозиція: розробити систему моніторингу результатів психологічної допомоги з використанням кількісних та якісних критеріїв (емоційна стабільність, рівень тривожності, працевлаштування, участь у соціальних ініціативах тощо).

Таким чином, отримані емпіричні дані та аналіз практик підтримки ветеранів свідчать про необхідність комплексного, міжсекторального підходу до реабілітації та адаптації осіб із досвідом бойових дій. Створення гнучкої,

цифрово орієнтованої та соціально інклюзивної системи підтримки має ґрунтуватися на вивченні запитів цільової групи, адаптації успішного досвіду громадських ініціатив та постійному моніторингу ефективності втручань. Такий підхід сприятиме не лише покращенню психоемоційного стану ветеранів, а й формуванню сприятливого середовища для їхньої повноцінної інтеграції у суспільство.

ВИСНОВКИ

Теоретичний та практичний аналіз теми дослідження дають можливість зробити наступні висновки:

1. У ході дослідження було проаналізовано психологічну травму як один із найпоширеніших наслідків участі у бойових діях та окреслено основні симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців. Встановлено, що бойовий досвід часто супроводжується глибокими емоційними переживаннями, які можуть призводити до розвитку ПТСР, що характеризується нав'язливими спогадами, підвищеною тривожністю, униканням тригерів, емоційним оціпенінням, проблемами зі сном, дратівливістю та соматичними проявами.

Особливістю цього розладу є його хронічний перебіг без належного втручання, а також значний вплив на особисте, соціальне та професійне життя ветеранів. Аналіз дозволяє зробити висновок, що своєчасне розпізнавання симптомів ПТСР та забезпечення цілісної психологічної підтримки є критично важливими як для індивідуального відновлення, так і для ефективної реінтеграції військовослужбовців у цивільне суспільство.

2. Результати емпіричного дослідження військовослужбовців, які проходять на дани час реабілітацію, свідчать про те, що понад 70% обстежених військовослужбовців демонструють виражені або початкові психоемоційні розлади, що підтверджує актуальність проблеми ПТСР. У більш ніж половини респондентів виявлено симптоматику, яка відповідає клінічному або передклінічному рівню ПТСР. Значна частина має труднощі з поведінковою регуляцією та потребує розвитку навичок самоконтролю. Високий рівень професійної військової ідентифікації ускладнює переорієнтацію на повоєнне життя. Частина військових виявляє ознаки соціальної дезадаптації та підвищеного суїцидального ризику, що потребує негайного втручання фахівців.

У результаті проведеного дослідження було встановлено, що соціальне середовище — насамперед родина, органи соціального захисту та недержавні організації — відіграє ключову роль у процесі післявоєнної адаптації ветеранів. Дані кейс-стаді та аналіз діяльності українських реабілітаційних центрів і НУО (зокрема Ветеран Хаб, Leleka Foundation, БФ «Свої», Карітас Україна) свідчать про те, що саме міжсекторальна взаємодія сприяє підвищенню ефективності реабілітаційних заходів. Психологічна підтримка, професійна перекваліфікація, фізична реабілітація та робота з родинами створюють сприятливе середовище для повернення ветеранів до повноцінного суспільного життя.

Роль родини полягає у наданні емоційної стабільності, підтримки мотивації до відновлення та прийняття нового соціального статусу ветерана. Соціальні служби та партнерські громадські ініціативи забезпечують доступ до послуг, які компенсують дефіцит ресурсів у державній системі. Таким чином, адаптація ветеранів є багатокomпонентним процесом, що потребує скоординованої підтримки на всіх рівнях — особистісному, сімейному та інституційному.

3. На основі аналізу емпіричних даних встановлено ключові психологічні труднощі, з якими стикаються ветерани з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), а також виявлено чинники, що сприяють успішному подоланню симптомів розладу. З урахуванням отриманих результатів було розроблено низку практичних рекомендацій, спрямованих на створення адаптованої системи психологічної підтримки. Така система має включати індивідуалізований підхід до надання допомоги, використання доказово обґрунтованих методик психотерапії (зокрема когнітивно-поведінкової терапії та методів тілесно-орієнтованої терапії), залучення фахівців, які мають досвід роботи з військовими, а також розвиток мережі підтримки на рівні спільнот. Впровадження адаптованої системи психологічної підтримки сприятиме ефективнішій реабілітації ветеранів, покращенню їхнього психоемоційного стану та якості життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н. Негативні психічні стани військовослужбовців у бойових умовах: класифікація, визначення, ідентифікація. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Психологічні науки*. 2016. № 2. С. 5-23.
2. Американська програма VA Telehealth (U.S. Department of Veterans Affairs). URL: <https://telehealth.va.gov/>
3. Благодійний фонд «Свої». URL: <https://svoiyi.org.ua/>
4. Блінов О. А. Вплив стрес-факторів діяльності на військовослужбовців. *Вісник НАОУ*. 2006. Вип. 2. С. 118-124.
5. Блінов О. А. Психічні стани військовослужбовців у процесі служби. *Вісник Національного університету оборони України*. 2023. № 4. С. 196-201.
6. Бойко-Бузиль Ю. Ю. Негативні психічні стани та методи їх попередження. *Особистість, суспільство, війна*. 2023. С. 32-34.
7. Бриндіков Ю. Л. Методологічні принципи реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. *Збірник наукових праць Херсонського державного університету. Педагогічні науки*. 2017. № 77 (2). С. 149-153.
8. Волошина В. В. Сутність поняття психологічної реабілітації військовослужбовців. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2024. № 2. С. 7-11.
9. Воробйов Г. П. Організація психологічної підготовки особового складу підрозділів Сухопутних військ. Львів : АСВ, 2012. 430 с.
10. Гайдабрус А. В. Комплексний посттравматичний стресовий розлад у учасників бойових дій в зоні операції об'єднаних сил у ракурсі одинадцятої редакції Міжнародної класифікації хвороб. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2019 № 11. С. 19-24. DOI: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2019-11-02>

11. Горбенко Д. А. Організаційно-правові та методичні засади удосконалення діяльності психологічної служби МВС України. Київ, 2018. 307 с.
12. Гузенко І. М. Екстремальні психічні стани військовослужбовців у бойових умовах. Особистість в екстремальних умовах: матеріали VIII Всеукраїнсь-кої науково-практичної конференції, 12 травня 2017 р., м. Львів. Львів : ФОП Корпан Б. І., 2017. 176 с.
13. Дзеружинська Н., Сироп'ятова О. Клінічні стандарти реабілітації комбатанів з бойовою психічною травмою. Київ, 2014. 59 с.
14. Дідух М. М. Стан розвитку компонентів конструктивної копінг-поведінки у працівників органів внутрішніх справ. *Проблеми сучасної психології*. 2014. Вип. 26. С. 129-143.
15. Єна А. І., Маслюк В. В., Сергієнко А. В. Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції. *Науковий журнал МОЗ України*, 2014. №1 (5). С. 5-16.
16. Жигайло Н. Психологічний супровід військовослужбовців у зоні ведення бойових дій. *Вісник Львівського університету*. 2022. Вип. 13. С. 64-70.
17. Ільницька Т. Реабілітація військовослужбовців. *НейроNEWS (психоневрологія та нейропсихіатрія)*. 2016. № 1(75). С. 6-7.
18. Карітас Україна. URL: <https://caritas.ua/>.
19. Колодяжна А. В. Особливості діагностики та лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у воєнних ветеранів. *Перспективи та інновації науки*. 2024. № 3. С. 872-884.
20. Казмірчук А. П., Швець А. В., Ричка О. В., Чайковський А. Р. Суїциди в збройних силах України: аналіз та напрями їх запобігання. *Проблеми військової охорони здоров'я*. 2017. №47. С. 310-319.
21. Карпюк Г. Реабілітація і медицина для військових: перехід від тактики до стратегії. URL: <https://www.segodnya.ua/ua/regions/donetsk/psiholog>

iia-voyny-kak-pomoch-veteranam-ato-vernutsya-k-normalnoy-zhizni1117099.html.

22. Кокун О. М. Психологічна робота з військовослужбовцями учасниками АТО на етапі відновлення. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.

23. Кокун О. М., Мороз В. М. Психологічна профілактика психотравматизації військовослужбовців збройних сил України. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/723954/1/%D0%9F%D0%9E%D0%A1%D0%86%D0%91_%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D1%96%D0%BB_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%97_%D0%B7%20ISBN.pdf

24. Кокун О. М., Пішко І. П., Лозінська Н. С. Особливості вияву негативних психічних станів у військовослужбовців, які отримали бойові фізичні та психічні травми. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2016. № 1.19. С. 146-152.

25. Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Особливості негативних психічних станів військовослужбовців. *Вісник Національного університету оборони України*. 2014. № 5. С. 262-267.

26. Колесніченко О. Психологічна реабілітація військовослужбовців—учасників бойових дій Національної гвардії України. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: психологічні науки*. 2019. № 12.1. С. 159-175.

27. Колесніченко О. С., Мацегора Я. В., Приходько І. І. Психологічна само- та взаємодопомога військовослужбовців Національної гвардії України в умовах ведення бойових дій. Харків : НА НГУ, 2016. 108 с.

28. Колесніченко О. С., Приходько І. І., Мацегора Я. В. Психологічна реабілітація військовослужбовців після виконання службово-бойових завдань в бойових умовах : монографія. Харків : НА НГУ, 2021. 75 с.

29. Корольчук О. Л. Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2016. № 17. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/17_2016/19.pdf
30. Корольчук В. М. Психологічні детермінанти стійкості особистості до дії стресогенних факторів. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2013. Вип. 14 (1). С. 153-162.
31. Кравченко К. О., Тімченко О. В., Широбоков Ю. М. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців-учасників антитерористичної операції: монографія. Х.: Вид-во НУЦЗУ, 2017. 256 с.
32. Крук І. М., Григус І. М. Сучасний погляд на психологічну реабілітацію військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. *Rehabilitation and Recreation*. 2023. № 15. С. 50-56.
33. Кудренко О. В., Афанасенко В. С. Вплив стрес-факторів бойової обстановки на психіку військовослужбовців Повітряних Сил (на основі досвіду АТО). *Наука і техніка Повітряних Сил Збройних Сил України*. 2018. № 2 (31). С. 137-144.
34. Кузнєцова Л. Є. Теоретичні моделі формування і корекції посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців. *Молодий вчений*. 2018. № 33 (219). С. 75-79.
35. Лавренюк В. Психологічна та медична реабілітація військовослужбовців: що нового в законодавстві. *Актуальні проблеми соціально-правового статусу осіб, постраждалих під час проведення АТО*. 2017. №7. С. 44-48.
36. Лахтадир Т. В. Психологічна реабілітація військовослужбовців. URL: http://ir.librarynmu.com/bitstream/123456789/4461/1/salutem_%D0%B4%D0%B5%D0%BA%D0%B0%D0%B1%D1%80%D1%8C_2021%20%281%29.pdf
37. Лелека Хаб. URL: <https://www.leleka.care/uk?fbclid=IwY2xjawKTrDJleHRuA2FlbQIxMABicmlkETE4cUJxY3ZoTVRRaXdtOHMzAR5PhOx0knY2>

4lv2HvpkZEN6tdWZ4jk9Aswl9biL9LqWI-zRM-yOWM3KnmDBXA_aem_aseqAoF0kT_fE7RJyBa0CQ

38. Лящ О. Деструктивний вплив бойового стресу на емоційну сферу особистості військового. *Психологічні перспективи*. 2021. Вип. 37. С. 128-140.

39. Мацевко Т., Березницька У., Солошенко Н. Психічні стани військовослужбовців після повернення із зони ведення бойових дій. *Вісник Національного університету оборони України*. 2020. С. 59-67.

40. Мельник А. Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців, які перебували в умовах бойових дій. *Psychological Prospects Journal*. 2016. № 28. С. 176-185.

41. Мельник А. П. Психологічна реабілітація військовослужбовців, що перебували в умовах бойових дій. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*. 2015. № 4. С. 100-105.

42. Музичко Л. Т. Комплексна психологічна корекція посттравматичних порушень інтелектуальної та емоційно-вольової сфери. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2017. № 34. С. 137-142.

43. Осьодло В. І. Особистісні чинники подолання стресових ситуацій в особливих умовах. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2013. Вип. 14 (1). С. 243-253.

44. Осьодло В. І. Посттравматичне зростання особистості учасників бойових дій: сучасний стан та перспективи. *Український психологічний журнал*. 2017. № 1. С. 63-79.

45. Платформа «Розкажи мені». URL: <https://tellme.com.ua/all-specialists>

46. Приходько І. І. Профілактика та контроль бойового стресу у військовослужбовців: систематизація досліджень. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди*. 2021. № 1 (64). С. 193-215.

47. Приходько І. І. Система профілактики та контролю бойового стресу у військовослужбовців. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Психологія*. 2018. Вип. 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadpn_2018_1_13.
48. Проєкт «Адмінсервіс «Ветеран». URL: <https://dozvil.kh.ua/project-adminservis-veteran>
49. Прокоф'єва Л. Психологічна модель ПТСР та особливості корекції в умовах воєнного стану. *Науковий вісник Ізмаїльського державного гуманітарного університету*. 2022. №57. DOI: [https://doi.org/10.31909/26168774.2022-\(57\)-13](https://doi.org/10.31909/26168774.2022-(57)-13)
50. Пузирьов Є. В., Ізвєков В. В. Бойовий стрес та його наслідки для військовослужбовців. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського*. 2023. № 34.73. С. 203-209.
51. Стасюк В. В. Оперативна психокорекція станів військовослужбовців та військових колективів: діагностування, комплексні заходи." *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2013. № 14 (1). С. 289-302.
52. Сукіасян С. Г., Тадевосян М. Я. Бойовий стрес і органічне ураження головного мозку: варіант динаміки посттравматичного стресового розладу. *Журнал неврології та психіатрії*. 2020. № 120 (9). С. 19-27.
53. Тютюнник Л. Л. Бойовий стрес та шляхи подолання його психотравмуючих наслідків. *Вісник Національного університету оборони України. Зб-к наук. праць*. 2020. Вип. 2 (55). С. 106-115.
54. Хаб стійкості. URL: <https://resiliencehub.com.ua/catalog>.
55. Центр психічного здоров'я та реабілітації «Лісова поляна». URL: <https://www.lisovapoliana.com.ua/>
56. Чорна В. В., Серебреннікова О. А., Коломієць В. В., Гозак С. В. Посттравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни у військовослужбовців. *Молодий вчений*. 2023. № 12 (124), DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2023-12-124-28>

57. Шевченко В. В., Руденко А. А. Психологічна реабілітація військовослужбовців, що перебували в миротворчому контингенті. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського. Серія: Психологічні науки*. 2014. № 12. С. 239-243.
58. Шиделко А. В. Наслідки впливу бойового стресу на психологічний стан особистості військовослужбовця. *Перспективи та інновації науки*. 2022. № 1 (6). С. 476-486.
59. Kriesenchat Ukrainian. URL: <https://krisenchat.de/uk/ukraine>.
60. Maercker A., Brewin C.R., Bryant R.A. et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*. 2013. № 12 (3). С. 198-206. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20057>
61. MARTA. URL: <https://marta.mva.gov.ua/>
62. Miao X. R., Chen Q. B., Wei K. Posttraumatic stress disorder: from diagnosis to prevention. *Military Med Res*. 2018. № 5 (32). URL: <https://doi.org/10.1186/s40779-018-0179-0>
63. Mustafayev A., Yusifova G. Y., Kazimi P. F. Posttraumatic Stress Disorders in Military Conditions (Informative Analysis of Problem). *Соціологія Грани*. 2023. № 26 (2). URL: <https://grani.org.ua/index.php/journal/article/view/1860/1827>
64. PTSD Coach Online Home. URL: https://www.ptsd.va.gov/apps/ptsdc_oachonline/default.htm
65. Veteran Hub. URL: <https://veteranhub.com.ua/>

ДОДАТКИ

Додаток А

ГОСПІТАЛЬНА ШКАЛА HADS

Госпітальна шкала тривоги і депресії використовується з метою визначення та оцінки тяжкості симптомів депресії та тривоги в умовах загальноомедицинської практики. Шкала складена з 14 тверджень, які обслуговують дві підшкали:

- підшкала А – «тривога» (anxiety): непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13;
- підшкала D – «депресія» (depression): парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді, що відображають ступінь наростання симптоматики, – градації вираженості ознаки, і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 балів (відсутність) до 4 (максимальна вираженість).

Бланк опитувальника видається респонденту для самостійного заповнення і супроводжується інструкцією такого змісту:

Інструкція: не звертайте уваги на цифри та літери, розташовані у лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження, і обведіть кружечком відповідну цифру зліва біля варіанта відповіді, яка найбільше відповідає тому, як Ви себе почували минулого тижня. Не роздумуйте занадто довго над кожним твердженням. Відповідь, яка першою приходить Вам в голову, завжди буде найбільш правильною. Час заповнення 20-30 хвилин.

1.Т Я відчуваю напруженість, мені не по собі.

3 Весь час.

2 Часто.

1 Час від часу, іноді.

0 Зовсім не відчуваю.

2.Д Те, що раніше приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене таке ж почуття.

0 Безумовно це так.

1 Напевно, це так.

2 Лише в дуже малому ступені це так.

3 Це зовсім не так.

3.Т Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися.

3 Безумовно це так, і страх дуже сильний.

2 Це так, але страх не дуже сильний.

1 Іноді, але це мене не турбує.

0 Зовсім не відчуваю.

4.Д Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне.

0 Безумовно це так.

1 Напевно, це так.

2 Лише в дуже малому ступені це так.

3 Зовсім не здатний.

5.Т Неспокійні думки крутяться у мене в голові.

3 Постійно.

2 Велику частину часу.

1 Час від часу і не так часто.

0 Тільки іноді.

6.Д Я відчуваю бадьорість.

3 Зовсім не відчуваю.

2 Дуже рідко.

1 Іноді.

0 Практично весь час.

7.Т Я легко можу сісти і розслабитися.

0 Безумовно це так.

1 Напевно, це так.

2 Лише зрідка це так.

3 Зовсім не можу.

8.Д Мені здається, що я почав все робити дуже повільно.

3 Практично весь час.

2 Часто.

1 Іноді.

0 Зовсім ні.

9.Т Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння.

0 Зовсім не відчуваю.

1 Іноді.

2 Часто.

3 Дуже часто.

10.Д Я не стежу за своєю зовнішністю.

3 Безумовно це так.

2 Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно.

1 Може бути, я став менше приділяти цьому уваги.

0 Я стежу за собою так само, як і раніше.

11.Т Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися.

3 Безумовно це так.

2 Напевно, це так.

1 Лише в деякій мірі це так.

0 Зовсім не відчуваю.

12.Д Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення.

0 Точно так само, як і зазвичай.

1 Так, але не в тій мірі, як раніше.

2 Значно менше, ніж зазвичай.

3 Зовсім так не вважаю.

13.Т У мене буває раптове відчуття паніки.

3 Дуже часто.

2 Досить часто.

1 Не так уже часто.

0 Зовсім не буває.

14.Д Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо чи телепрограми.

0 Часто.

1 Іноді.

2 Рідко.

3 Дуже рідко.

“Ключ”

Субшкала Т – “тривога”: непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13.

Субшкала Д – “депресія”: парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Обробка результатів

Якщо пацієнт пропустив окремі пункти, перервав заповнення шкали на значний термін (кілька годин) або не вклався у відведений час, рекомендується провести повторне тестування з використанням нового бланку.

Шкала складається з 14 тверджень, які поділяються на дві шкали: “тривога” (непарні пункти –1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) і “депресія” (парні пункти –2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Кожному твердженню відповідають чотири варіанти відповіді, що відображають градації вираженості ознаки і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 (відсутність) до 3 (максимальна вираженість). Обробка результатів полягає в підрахунку сумарного показника за кожною шкалою.

Інтерпретація результатів

0-7 – норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії);

8-10 – субклінічно виражена тривога/депресія;

11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

МИССІСІПСЬКА ШКАЛА ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ, ПОВ'ЯЗАНИХ ІЗ БОЙОВИМИ ДІЯМИ

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (англ. Mississippi Scale) - клінічна тестова методика, розроблена в 1987 році Т.М. Кеапе зі співавторами, для діагностики посттравматичних стресових розладів (ПТСР) у військовослужбовців, які виконували завдання в зоні бойових дій. Створена на основі MMPI. 30 питань утворюють три основні шкали, які співвідносяться з трьома групами симптомів ПТСР: 11 питань першої шкали описують симптоми групи “вторгнення”, 11 симптомів другої шкали описують симптоми групи “уникнення”, 8 питань третьої шкали описують симптоми “збудливості”. П'ять питань, що залишилися, описують симптоми, пов'язані з почуттям провини та суїцидальні схильності.

Інструкція: “Нижче наводяться твердження, що узагальнюють різний досвід людей, які брали участь у бойових діях. У кожного твердження є шкала від “1” до “5”. Користуючись даною шкалою, вкажіть, в якій мірі Ви згодні або не згодні з даним твердженням. Оберіть тільки один варіант відповіді на кожне твердження, взявши в кружечок цифру у відповідній клітинці”.

Варіанти відповідей:

- абсолютно невірно,
- іноді невірно,
- у деякій мірі вірно,
- вірно,
- абсолютно вірно.

1. До служби в армії у мене було більше друзів ніж зараз.
2. У мене немає почуття провини за те, що я робив під час служби в армії.
3. Якщо хтось виведе мене з терпіння, я швидше за все не стримаюся (застосую фізичну силу).

4. Якщо трапляється щось, що нагадує мені про минуле, це виводить мене з рівноваги і завдає мені болю.
5. Люди, які дуже добре мене знають, мене бояться.
6. Я здатний вступати в емоційно близькі стосунки з іншими людьми.
7. Мені сняться ночами кошмари про те, що було насправді на війні.
8. Коли я думаю про деякі речі, які я робив в армії, мені просто не хочеться жити.
9. Зовні я виглядаю бездушним
10. Останнім часом я відчуваю що хочу покінчити з собою.
11. Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся тільки тоді, коли треба вставати.
12. Я весь час задаю собі питання, чому я ще живий, в той час як інші загинули на війні.
13. У певних ситуаціях я відчуваю себе так, ніби я знову в армії.
14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе більше не спати.
15. Я відчуваю, що більше не можу.
16. Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не зачіпають.
17. Мене досі радують ті самі речі, що й раніше.
18. Мої фантазії реалістичні і викликають страх.
19. Я виявив, що мені працювати неважко після демобілізації.
20. Мені важко зосередитися.
21. Я без причини плачу.
22. Мені подобається бути в товаристві інших людей.
23. Мене лякають мої прагнення і бажання.
24. Я легко засинаю.
25. Від несподіваного шуму я легко здригаюся.
26. Ніхто, навіть члени моєї родини, не розуміють, що я відчуваю.
27. Я легка, спокійна, врівноважена людина.

28. Я відчуваю, що про якісь речі, які я робив в армії, я не зможу розповісти кому - небудь, тому що цього нікому не зрозуміти.

29. Часом я вживаю алкоголь або снодійне, щоб допомогти собі заснути або забути про ті речі, які трапилися зі мною, коли я служив в армії.

30. Я не відчуваю дискомфорту, коли перебуваю в натовпі.

31. Я втрачаю самовладання і вибухаю через дрібниці.

32. Я боюся засинати.

33. Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що трапилося зі мною в армії.

34. Моя пам'ять така ж хороша, як і раніше.

35. Я відчуваю труднощі в прояві своїх почуттів, навіть по відношенню до близьких людей.

Обробка результатів Загальний бал: $\sum 1 + \sum 2$. Оцінка за кожним пунктом – від одного до п'яти балів. Підраховується сума відповідей на твердження (сумуються відповіді респондента на “прямі” твердження і відповіді за “зворотними” твердженнями, перекодовані наступним чином: відповіді респондента – 1, 2, 3, 4, 5; перекодовані відповіді – 5, 4, 3, 2, 1). Відповідь
Номера тверджень Сума пунктів, які рахуються в прямих значеннях ($\sum 1$): 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35 Сума пунктів, які рахуються у зворотних значеннях ($\sum 2$): 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34 165 Інтерпретація результатів Отримана сума дозволяє поділити досліджуваних на тих, які мають ПТСР і тих, які не мають ПТСР.

БАГАТОРІВНЕВИЙ ОСОБИСТІСНИЙ ОПИТУВАЛЬНИК (БОО) «АДАПТИВНІСТЬ-200»

Опитувальник призначений для вивчення адаптаційних можливостей кандидатів на основі оцінювання деяких соціально-психологічних і психологічних характеристик особистості, що відображають інтегральні особливості психічного і соціального розвитку.

Інструкція: «Опитувальник складається з тверджень, що стосуються Вашого самопочуття, поведінки, характеру, інтересів і відносин у родині. Ваше завдання полягає в тому, щоб визначити своє відношення до кожного твердження, тобто погодитися або не погодитися з ним. Якщо Ви погоджуєтеся з твердженням, то дайте відповідь “так” (знак “+” у відповідній клітинці реєстраційного бланка). Якщо Ви не згодні – відповідь “ні” (знак “–” у відповідній клітинці). Правильних або неправильних відповідей тут бути не може, тому довго не замислюйтеся над питанням – давайте відповідь, виходячи з того, що більше відповідає Вашому характеру або уявленню про самого себе».

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
101	102	103	104	105	106	107	108	109	110

111	112	113	114	115	116	117	118	119	120
121	122	123	124	125	126	127	128	129	130
131	132	133	134	135	136	137	138	139	140
141	142	143	144	145	146	147	148	149	150
151	152	153	154	155	156	157	158	159	160
161	162	163	164	165	166	167	168	169	170
171	172	173	174	175	176	177	178	179	180
181	182	183	184	185	186	187	188	189	190
191	192	193	194	195	196	197	198	199	200

Текст опитувальника

1. Буває, що я серджуся.
2. Зазвичай вранці я прокидаюся свіжим і відпочилим.
3. Зараз я приблизно так само працездатний, як і завжди.
4. Доля безумовно несправедлива до мене.
5. Запори у мене бувають дуже рідко.
6. Часом мені дуже хотілося покинути свій дім.
7. Часом у мене бувають напади сміху або плачу, з якими я ніяк не можу впоратись.
8. Мені здається, що мене ніхто не розуміє.
9. Вважаю, що якщо хтось заподіяв мені зло, я повинен йому відповісти тим же.
10. Іноді мені в голову приходять такі нехороші думки, що краще про них нікому не розказувати.
11. Мені важко зосередитися на якому-небудь завданні або роботі.
12. У мене бувають дуже дивні і незвичайні переживання.
13. У мене не було неприємностей через мою поведінку.
14. В дитинстві я скоював дрібні крадіжки.
15. Буває, у мене з'являється бажання ламати або крушити все навколо.

16. Бувало, що я цілими днями або навіть тижнями нічого не міг робити, тому що ніяк не міг примусити себе взятися до роботи.

17. Сон у мене переривчастий і неспокійний.

18. Моя сім'я відноситься з несхваленням до тієї роботи, яку я обрав.

19. Бували випадки, що я не виконував своїх обіцянок.

20. Голова у мене болить часто.

21. Раз на тиждень або частіше я без жодної видимої причини раптово відчуваю жар у всьому тілі.

22. Було б добре, якби майже всі закони відмінили.

23. Стан мого здоров'я майже такий же, як у більшості моїх знайомих (не гірше).

24. Зустрічаючи на вулиці своїх знайомих або шкільних друзів, з якими я давно не бачився, я вважаю за краще проходити осторонь від них, якщо вони зі мною не заговорюють першими.

25. Більшості людей, які мене знають, я подобаюся.

26. Я людина товариська.

27. Іноді я так наполягаю на своєму, що люди втрачають терпіння.

28. Значну частину часу настрій у мене пригнічений.

29. Тепер мені важко сподіватися на те, що я чого-небудь досягну у житті.

30. У мене мало впевненості в собі.

31. Іноді я кажу неправду.

32. Зазвичай я вважаю, що життя – гарна річ.

33. Я вважаю, що більшість людей здатна збрехати, щоб просунутись по службі.

34. Я охоче беру участь у зібраннях, зборах і інших суспільних заходах.

35. Я сварюся з членами моєї сім'ї дуже рідко.

36. Іноді у мене виникає сильне бажання порушити правила пристойності або кому-небудь нашкодити.

37. Найважча боротьба для мене – це боротьба з самим собою.

38. М'язові судоми або сіпання у мене бувають у край рідко (або майже не бувають).

39. Я досить байдужий до того, що зі мною буде.

40. Іноді, коли я не добре себе відчуваю я буваю дратівливим.

41. Значну частину часу у мене таке відчуття, що я зробив щось не те або навіть щось погане.

42. Деякі люди до того полюбляють командувати, що мені так і кортить робити все наперекір, навіть якщо я знаю, що вони мають рацію.

43. Я часто вважаю себе зобов'язаним відстоювати те, що вважаю справедливим.

44. Моя мова зараз така ж як завжди (не швидше і не повільніше, немає ні хрипоти, ні виразності).

45. Я вважаю, що моє сімейне життя таке ж добре, як у більшості моїх знайомих.

46. Мене в край зачіпає, коли мене критикують або сварять.

47. Іноді у мене буває таке відчуття, що я просто повинен нанести ушкодження собі або кому-небудь іншому.

48. Моя поведінка значною мірою визначається звичаями тих, хто мене оточує.

49. В дитинстві у мене була така компанія, де всі прагнули стояти один за одного.

50. Іноді мені так і кортить з ким-небудь затіяти бійку.

51. Бувало, що я казав про речі, в яких не розбираюся.

52. Зазвичай я засинаю спокійно і мене не турбують ніякі думки.

53. Останні декілька років я відчуваю себе добре.

54. У мене ніколи не було ні випадків, ні судом.

55. Зараз моя вага постійна (я не худну і не повнішаю).

56. Я вважаю, що часто мене карали несправедливо.

57. Я легко можу розплакатись.

58. Я мало стомлююся.

59. Я був би досить спокійний, якби у кого-небудь з моєї сім'ї були неприємності через порушення закону.
60. З моїм розумом твориться щось недобре.
61. Щоб приховати свою сором'язливість мені доводиться докладати великі зусилля.
62. Напади запаморочення у мене бувають дуже рідко (або майже не бувають).
63. Мене турбують сексуальні (статеві) питання.
64. Мені важко підтримувати розмову з людьми, з якими я тільки що познайомився.
65. Коли я намагаюся щось зробити, то часто помічаю, що у мене тремтять руки.
66. Руки у мене такі ж спритні і моторні, як і раніше.
67. Велику частину часу я відчуваю загальну слабкість.
68. Іноді, коли я збентежений я сильно вкриваюся потом і мене це дратує.
69. Буває, що я відкладаю на завтра те, що повинен зробити сьогодні.
70. Думаю, що я людина приречена.
71. Бували випадки, що мені було важко утриматися від того, щоб щонебудь не поцупити в кого-небудь або де-небудь, наприклад у магазині
72. Я зловживав спиртними напоями.
73. Я часто про що-небудь турбуюся.
74. Мені б хотілося бути членом декількох гуртків або товариств.
75. Я рідко задихаюся, і у мене не буває сильного серцебиття.
76. Все своє життя я суворо дотримуюсь принципів, заснованих на почутті обов'язку.
77. Траплялося, що я перешкоджав або поступав наперекір людям просто із принципу, а не тому, що справа була дійсно важливою.
78. Якщо мені не загрожує штраф і машин поблизу немає, я можу перейти вулицю там, де бажаю, а не там де потрібно.
79. Я завжди був незалежним і вільним від контролю з боку сім'ї.

80. У мене бували періоди такої сильної стурбованості, що я навіть не міг всидіти на місці.

81. Часто мої вчинки тлумачилися не вірно.

82. Мої батьки і (або) інші члени моєї сім'ї прискіпуються до мене більше, ніж потрібно.

83. Хтось керує моїми думками.

84. Люди байдужі до того, що з тобою може трапитися.

85. Мені подобається бути в компанії, де всі жартують один над одним.

86. В школі я засвоював матеріал повільніше, ніж інші.

87. Я цілком впевнений у собі.

88. Нікому не довіряти – найбезпечніше.

89. Раз на тиждень або частіше я буваю дуже збудженим і схвильованим.

90. Коли я знаходжуся в компанії, мені важко знайти відповідну тему для розмови.

91. Мені легко примусити інших людей боятися мене, і іноді я це роблю ради забави.

92. У грі я вважаю за краще вигравати.

93. Безглуздо засуджувати людину, яка обдурила того, хто сам дозволяє себе обдурювати.

94. Хтось намагається впливати на мої думки.

95. Я щодня випиваю багато води.

96. Щасливіше всього я буваю наодинці.

97. Я обурююся кожного разу, коли дізнаюся, що злочинець з якої-небудь причини залишився безкарним.

98. У моєму житті був один або декілька випадків, коли я відчував, що хтось за допомогою гіпнозу примушує мене скоювати ті або інші вчинки.

99. Я дуже рідко починаю розмову з людьми першим.

100. У мене ніколи не було зіткнень із законом.

101. Мені приємно мати серед своїх знайомих значних людей, це як би додає мені вагу у власних очах.

102. Іноді без жодної причини у мене раптом наступають періоди незвичайної веселості.

103. Життя для мене майже завжди пов'язано з напругою.

104. У школі мені було дуже важко виступати перед класом.

105. Люди проявляють по відношенні до мене стільки співчуття і симпатії, наскільки я заслуговую.

106. Я відмовляюся грати в деякі ігри, тому що це у мене погано виходить.

107. Мені здається, що я знаходжу друзів з такою ж легкістю, як і інші.

108. Мені неприємно, коли навколо мене є люди.

109. Як правило, мені не везе.

110. Мене легко збити з пантелику.

111. Деякі з членів моєї сім'ї скоювали вчинки, які мене лякали.

112. Іноді у мене бувають напади сміху або плачу, з якими я ніяк не можу впоратись.

113. Мені важко приступити до виконання нового завдання або розпочати нову справу.

114. Якби люди не були налаштовані проти мене, я досягнув би у житті набагато більшого.

115. Мені здається, що мене ніхто не розуміє

116. Серед моїх знайомих є люди, які мені не подобаються.

117. Я легко втрачаю терпіння з людьми.

118. Часто у новій обстановці я переживаю почуття тривоги.

119. Часто мені хочеться померти.

120. Іноді я такий збуджений, що мені важко заснути.

121. Часто я переходжу на іншу сторону вулиці, щоб уникнути зустрічі з тим, кого я побачив

122. Бувало, що я кидав почату справу, оскільки боявся, що я не справлюся з нею

123. Майже щодня трапляється що-небудь, що лякає мене

124. Навіть серед людей я зазвичай відчуваю себе самотнім.
125. Я переконаний, що існує лише одне єдине правильне розуміння значення життя.
126. В гостях я частіше сиджу де-небудь осторонь або розмовляю з ким-небудь одним, ніж беру участь у загальних розвагах.
127. Мені часто кажуть, що я запальний.
128. Буває, що я з ким-небудь пліткую.
129. Часто мені неприємно, коли я намагаюся застерегти кого-небудь від помилок, а мене розуміють невірно.
130. Я часто звертаюся до людей за порадою.
131. Часто, навіть тоді, коли усе для мене складається добре, я відчуваю що мені усе байдуже.
132. Мене досить важко вивести з себе.
133. Коли я намагаюся вказати людям на їх помилки або допомогти вони часто розуміють мене неправильно.
134. Зазвичай я спокійний, і мене нелегко вивести з душевної рівноваги.
135. Я заслуговую суворого покарання за свою провину.
136. Мені притаманно так сильно переживати свої розчарування, що я не можу примусити себе не думати про них.
137. Часом мені здається, що я ні на що не здатний.
138. Бувало, що під час обговорення деяких питань я, особливо не замислюючись, погоджувався з думкою інших.
139. Мене дуже турбують різні нещастя.
140. Мої переконання і погляди непохитні.
141. Я вважаю, що можна не порушуючи закон спробувати знайти в ньому лазівку.
142. Є люди, які мені настільки неприємні, що я в глибині душі радію, коли вони одержують прочухан за що-небудь.
143. У мене бували періоди, коли через хвилювання я втрачав сон.

144. Я відвідую різні суспільні заходи, тому що це дозволяє бути мені серед людей.

145. Можна пробачити людям порушення тих правил, які вони вважають нерозсудливими.

146. У мене є погані звички, які є настільки сильними, що боротися з ними просто марно.

147. Я охоче знайомлюся з новими людьми.

148. Буває, що непристойний жарт у мене викликає сміх.

149. Якщо справа йде у мене погано, то мені відразу хочеться все кинути.

150. Я вважаю за краще діяти відповідно до власних планів, а не слідувати вказівкам інших.

151. Мені подобається, коли оточуючі знають мою точку зору.

152. Якщо я поганої думки про людину або навіть зневажаю її, я мало прагну приховати це від неї.

153. Я людина нервова і легко збудлива.

154. Все у мене виходить погано, не так як треба.

155. Майбутнє здається мені безнадійним.

156. Люди досить легко можуть змінити мою думку, навіть якщо до цього вона здавалася мені остаточною.

157. Кілька разів на тиждень у мене буває таке відчуття, що повинно трапитися щось жахливе.

158. Значну частину часу я відчуваю себе втомленим.

159. Я люблю бути на вечірках і просто в компаніях.

160. Я прагну ухилитися від конфліктів і скрутних ситуацій.

161. Мене дуже дратує те, що я забуваю, куди кладу речі.

162. Пригодницькі розповіді мені подобаються більше, ніж розповіді про любов.

163. Якщо я захочу зробити щось, але оточуючі вважають, що цього робити не варто, я можу легко відмовитися від своїх намірів.

164. Безглуздо засуджувати людей, які прагнуть урвати від життя все, що можуть.

165. Мені байдуже, що про мене думають інші.

166. Я абсолютно не пристосований до військової служби і це мене дуже лякає.

167. Я переконаний, що чоловіки повинні служити у Збройних Силах тільки за власним бажанням.

168. Останнім часом у мене все частіше і частіше трапляються “промахи” і невдачі по службі.

169. Найбільші труднощі для мене під час служби – це необхідність підкорятися командирам і начальникам.

170. Тим правилам, які, на мій погляд, несправедливі, я завжди прагну протидіяти.

171. Мені хотілося б випробувати себе серйозною і небезпечною справою.

172. Мене довго не залишає відчуття образи, заподіяне товаришами.

173. Жити за військовим розпорядком для мене просто нестерпно.

174. Я сумніваюся, що зможу зі своїм здоров'ям витримати всі навантаження військової служби.

175. Я заздрю тим, хто зміг ухилитися від військової служби.

176. Я відчуваю все більше і більше розчарувань по відношенню до моєї військової спеціальності.

177. Я часто розгублююся у складних і небезпечних ситуаціях.

178. Мені хотілося б служити у ДШВ або частинах спеціального призначення.

179. Із службою у мене нічого не виходить (не “клеїться”). Часто думаю: “не моя це справа”.

180. Коли мною хтось командує, це викликає у мене відчуття протесту.

181. Мені завжди було важко пристосовуватися до нового колективу.

182. Під час подальшої служби я був би не проти послужити там, де небезпечно і де ведуться бойові дії.

183. Присяга на вірність Вітчизні у сучасних умовах втратила свою актуальність.

184. Мені завжди було нелегко пристосовуватися до нових умов життя.

185. У складних ситуаціях я не можу швидко приймати правильні рішення

186. Я впевнений, що в майбутньому не стану укладати або продовжувати контракт на продовження військової служби.

187. У мене бувають періоди похмурої дратівливості, під час яких я “зриваю злість” на оточуючих.

188. Я насилу витримую фізичні навантаження, пов’язані з моєю професійною діяльністю.

189. Я достатньо спокійно ставлюся до необхідності брати участь в тривалих і небезпечних відрядженнях.

190. Навряд чи я схочу присвятити все своє життя військовій професії (продовжити контракт, залишитися на службу за контрактом, вступити до військового навчального закладу).

191. “За компанію” з товаришами я можу прийняти неабияку кількість алкоголю (перевищити свою звичайну “норму”).

192. У компаніях, де я часто буваю, друзі іноді палять “травичку”. Я їх за це не засуджую.

193. Останнім часом, щоб не “зірватися”, я був вимушений приймати заспокійливі ліки.

194. Мої батьки (родичі) часто виказували побоювання у зв’язку з моїми випивками.

195. Немає нічого поганого, коли люди намагаються випробувати на собі незвичайні стани, приймаючи деякі речовини.

196. У стані агресії я здатний багато на що.

197. Я “крутий” і жорстокий з оточуючими.

198. Якщо хтось заподіяв мені зло, я вважаю зобов'язаним відплатити йому тим же (“око за око, зуб за зуб”).

199. Можна погодитися з тим, що я не дуже схильний виконувати багато наказів, вважаючи їх безрозсудними.

200. Я думаю, що будь-яке положення законів і військових статутів можна тлумачити двояко.

Кількість правильних відповідей підраховується за допомогою “ключа”:

Шкала	Так	Ні
Достовірність (Д)		1, 10, 19, 31, 51, 69, 78, 92, 101, 116, 128, 138, 148.
Поведінкова регуляція (ПР)	4, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 28, 29, 30, 36, 37, 39, 40, 41, 47, 57, 60, 63, 65, 67, 68, 70, 73, 80, 82, 83, 84, 86, 89, 94, 95, 96, 98, 102, 103, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 117, 118, 119, 120, 122, 123, 124, 125, 127, 129, 131, 135, 136, 137, 139, 143, 146, 149, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 161, 162.	2, 3, 5, 23, 25, 32, 38, 44, 45, 52, 53, 54, 55, 58, 62, 66, 75, 87, 105, 132, 134, 140.
Комунікативний потенціал (КП)	9, 24, 27, 43, 46, 61, 64, 81, 88, 90, 99, 104, 106, 114, 121, 126, 133, 142, 151, 152.	26, 34, 35, 48, 49, 74, 85, 107, 130, 144, 147, 159.
Морально-етична нормативність (МН)	14, 22, 33, 42, 50, 56, 59, 71, 72, 77, 79, 91, 93, 141, 145, 150, 164, 165.	13, 76, 97, 100, 160, 163.
Військовопрофесійна спрямованість (ВПС)	166, 167, 168, 169, 170, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 179, 180, 181, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 190.	171, 178, 182, 189.
Схильність до девіантних форм поведінки (ДАП)	6, 9, 14, 15, 22, 36, 39, 42, 47, 50, 56, 59, 71, 72, 91, 93, 117, 127, 141, 145, 151, 152, 164, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200.	13, 100, 163.

Суїцидальний ризик (СР)	4, 8, 10, 28, 29, 39, 41, 47, 70, 84, 115, 119, 124, 136, 137, 149, 154, 155.	32, 105.
-------------------------	---	----------

Шкала достовірності призначена для оцінки щирості відповідей військовослужбовців на питання БОО “Адаптивність-200” (і тим самим надійності отриманих даних).

Шкала поведінкової регуляції призначена для вивчення рівня нервовопсихічної стійкості військовослужбовця і його толерантності до несприятливих дій професійної діяльності.

Шкала комунікативного потенціалу призначена для вивчення комунікативних можливостей військовослужбовця і вміння побудувати міжособистісні відносини у колективі.

Шкала моральної нормативності призначена для вивчення здатності військовослужбовця дотримувати моральні норми поведінки, уміння підкорятися груповим і корпоративним вимогам.

Шкала військово-професійної спрямованості призначена для вивчення рівня професійної мотивації і спрямованості обстежуваного на продовження професійної діяльності.

Шкала схильності до девіантних форм поведінки направлена на виявлення ознак аддиктивної і делінквентної поведінки.

Шкала суїцидального ризику призначена для виявлення осіб, схильних до здійснення суїцидальних дій.

Обробка та інтерпретація результатів

При обробці результатів враховується кількість відповідей, що співпали з “ключем”. Кожний збіг відповіді з “ключем” оцінюється в один “сирий” бал.

Аналогічно за допомогою “ключа” здійснюється обробка даних за основними шкалами методики: ПР, КП і МН, а також за додатковими шкалами: ВПС, ДАП і СР.

Обробку отриманих даних необхідно починати зі шкали достовірності (Д).

При значеннях шкали ($D = 0-5$ балів) – висока достовірність результатів обстеження.

При значеннях шкали ($D = 6-9$ балів) – достатня достовірність результатів обстеження. Окремі ознаки соціальної бажаності.

При значеннях шкали ($D \geq 10$ балів) – результати обстеження недостовірні, їх слід вважати необ'єктивними внаслідок прагнення випробовуваного якомога більше відповідати соціально бажаному типу особистості. Формулювання висновку не уявляється можливим. Потрібне додаткове поглиблене обстеження.

Для отримання інтегральної оцінки, під якою розуміється рівень стійкості до бойового стресу (РСБС), “сирі” бали за шкалами “поведінкова регуляція” (ПР), “комунікативний потенціал” (КП) і “моральна нормативність” (МН) підсумовуються і отримане значення за допомогою таблиці переводяться у стени, і потім у рівень стійкості до бойового стресу.

Варто зазначити, що даний інтегральний показник в літературі часто позначається як “Особистісний адаптаційний потенціал” (ОАП).

РІВЕНЬ СТІЙКОСТІ ДО БОЙОВОГО СТРЕСУ (РСБС) = ПР (“сирі” бали) + КП (“сирі” бали) + МН (“сирі” бали)

Переведення значень “сирих” балів РСБС у стени (визначення рівня стійкості до бойового стресу)

“Сирі” значення РСБС	Стени	
≥ 87	1	4 – низька стійкість до бойового стресу
75-86	2	
63-74	3	3 – задовільна стійкість до бойового стресу
51-62	4	
40-50	5	
31-39	6	2 – достатня стійкість до бойового стресу
25-30	7	
21-24	8	
18-20	9	1 – висока стійкість до бойового стресу
≤ 17	10	

1-Й РІВЕНЬ СТІЙКОСТІ ДО БОЙОВОГО СТРЕСУ. Високий рівень розвитку адаптаційних можливостей особистості. Повністю відповідає вимогам, що пред'являються до військовослужбовців в умовах бойової діяльності.

2-Й РІВЕНЬ СТІЙКОСТІ ДО БОЙОВОГО СТРЕСУ. Достатній рівень розвитку адаптаційних можливостей особистості. В основному відповідає вимогам, що пред'являються до військовослужбовців в умовах бойової діяльності.

3-Й РІВЕНЬ СТІЙКОСТІ ДО БОЙОВОГО СТРЕСУ. Задовільний рівень розвитку адаптаційних можливостей особистості. Мінімально відповідає вимогам, що пред'являються до військовослужбовців в умовах бойової діяльності.

4-Й РІВЕНЬ СТІЙКОСТІ ДО БОЙОВОГО СТРЕСУ. Недостатній рівень розвитку адаптаційних можливостей особистості. Не відповідає вимогам, що пред'являються до військовослужбовців в умовах бойової діяльності.

Значення “сирих” балів, отриманих за основними та додатковими шкалами, переводяться у стени.

Переведення у стени значень “сирих” балів, отриманих за основними та додатковими шкалами

Стени	Основні шкали БОО			Додаткові шкали БОО		
	ПР	КП	МН	ВПС	ДАП	СР
1	≥ 57	≥ 23	≥ 17	18 - 25	≥ 25	≥ 15
2	56-46	22-20	16	16-17	21-24	14-10
3	45-35	19-18	15-14	14-15	18-20	9-7
4	34-27	17-15	13-12	11-13	15-17	6-5
5	26-19	14-13	11-10	8-10	12-14	4
6	18-13	12-11	9-8	5-7	10-11	3
7	12-9	10-9	7	4	8-9	2
8	8-6	8-7	6-5	2-3	6-7	1
9	5	6	4	1	4-5	0
10	0-4	0-5	0-3	0	0-3	0

Шкала поведінкової регуляції (ПР)

Стени	Інтерпретація значень шкали ПР
10-8 стенів	Високий рівень нервово-психічної стійкості і поведінкової регуляції. Високий рівень працездатності, у тому числі і в умовах вираженого стресу. Висока толерантність до несприятливих психічних і фізичних навантажень.
7 стенів	Достатньо високий рівень нервово-психічної стійкості і поведінкової регуляції. Достатньо високий рівень працездатності, у тому числі і в ускладнених умовах діяльності. Достатньо висока толерантність до психічних і фізичних навантажень. Достатньо висока стійкість до дії стрес-чинників.
6 стенів	Достатній рівень нервово-психічної стійкості і поведінкової регуляції. Достатній рівень працездатності, у тому числі і в ускладнених умовах діяльності. Достатня толерантність до психічних і фізичних навантажень. Достатня стійкість до дії стрес-чинників.
5 стенів	В цілому достатній рівень нервово-психічної стійкості і поведінкової регуляції. Стійкий рівень працездатності у звичних умовах життєдіяльності. При тривалій дії явних психічних навантажень можливо тимчасове погіршення якості діяльності.
4 стени	Дещо понижений рівень нервово-психічної стійкості і поведінкової регуляції. Нестабільний рівень працездатності, що особливо проявляється в ускладнених умовах діяльності. Адаптація до нових і незвичайних умов життєдіяльності ускладнена і може супроводжуватися тимчасовим погіршенням функціонального стану організму.
3 стени	Окремі ознаки нервово-психічної нестійкості і порушення поведінкової регуляції. Недостатня толерантність до психічних і фізичних навантажень. Адаптація до нових умов життєдіяльності, як правило, ускладнена і може супроводжуватися тривалим погіршенням функціонального стану організму і професійної працездатності. При надзвичайно високих психічних навантаженнях можливий зрив професійної діяльності.
2 стени	Виражені ознаки нервово-психічної нестійкості і порушення поведінкової регуляції. Низька толерантність до психічних і фізичних навантажень. Адаптація до нових умов життєдіяльності протікає хворобливо. Можливе тривале і виражене погіршення функціонального стану організму. Рівень професійної працездатності у даний період часу низький. При посиленні психічних навантажень достатньо вірогідний зрив професійної діяльності.
1 стен	Вкрай високий рівень нервово-психічної нестійкості. Ознаки граничних нервово-психічних розладів. Вкрай низька толерантність до психічних і

	фізичних навантажень. Адаптація до нових умов життєдіяльності протікає дуже хворобливо з тривалим і вираженим погіршенням функціонального стану організму. Працездатність у даний період часу різко знижена. Посилення психічних навантажень приводить до зриву професійної діяльності.
--	---

Шкала комунікативного потенціалу (КП)

Стени	Інтерпретація значень шкали ПР
10-8 стенів	Високий рівень комунікативних здібностей. Швидко адаптується у новому колективі. Легко встановлює контакти з оточуючими. У міжособистісному спілкуванні неконфліктний. Завжди адекватно оцінює свою роль і правильно будує міжперсональні взаємостосунки у колективі.
7 стенів	Достатньо високий рівень комунікативних здібностей. Достатньо швидко адаптується у новому колективі. При встановленні міжособистісних контактів з оточуючими, як правило, не зазнає труднощів. У спілкуванні не конфліктний. У більшості випадків адекватно оцінює свою роль в колективі. На критику реагує адекватно. Достатня здатність до корекції поведінки
6 стенів	Достатньо високий рівень комунікативних здібностей. Достатньо швидко адаптується у новому колективі. При встановленні міжособистісних контактів з оточуючими, як правило, не зазнає труднощів. У спілкуванні не конфліктний. У більшості випадків адекватно оцінює свою роль в колективі. На критику реагує адекватно. Достатня здатність до корекції поведінки
5 стенів	Рівень комунікативних здібностей середній. У цілому без особливих ускладнень адаптується до нового колективу. При встановленні міжособистісних контактів з оточуючими іноді може неправильно будувати стратегію своєї поведінки. Разом з тим, до критичних зауважень відноситься адекватно, здатний коригувати свою поведінку. У спілкуванні не конфліктний. Достатньо адекватно оцінює свою роль у колективі.
4 стени	Задовільний рівень комунікативних здібностей. На початковому етапі адаптації до нового колективу можуть виникати ускладнення. Не завжди правильно будує міжперсональні взаємостосунки, зважаючи на деяку неадекватність самооцінки. На критичні зауваження на свою адресу в основному реагує адекватно, хоча і дещо хворобливо. В цілому здатний до корекції своєї поведінки.
3 стени	Понижений рівень комунікативних здібностей. Наявність окремих ознак акцентуації характеру. На початковому етапі адаптації до нового колективу виникають значні ускладнення. Міжперсональні взаємостосунки (як по горизонталі, так і по вертикалі) часто будує неправильно. Хворобливо реагує на критику. Недостатньо розвинута здатність до корекції своєї поведінки.

2 стени	Рівень комунікативних здібностей низький. Наявність ознак акцентуації характеру. Початковий етап адаптації до нового колективу розтягнутий у часі і, як правило, протікає вельми хворобливо. Часто виникають ускладнення в побудові міжособистісних контактів з оточуючими, зважаючи на наявність неадекватної самооцінки. Схильність до підвищеної конфліктності. Хворобливо реагує на критику. Фіксований на образах, що заподіяні йому оточуючими. Недостатньо розвинута здатність до корекції поведінки.
1 стени	Вкрай низький рівень комунікативних здібностей. Наявність виражених ознак акцентуації характеру. Адаптація до нового колективу протікає тривало і вкрай хворобливо. Постійно випробовує утруднення в побудові міжособистісних контактів з оточуючими. Високий рівень конфліктності. Колективом, як правило, відкидаємо. Схильний до ірраціональних вчинків. Вкрай низька здатність до корекції поведінки.

Шкала морально-етичної нормативності (МН)

Стени	Інтерпретація значень шкали ПР
10-9 стенів	Дуже високий рівень соціалізації. Суворо орієнтований на загальноприйняті і соціально схвалювані норми поведінки. Суворо дотримується корпоративних вимог. У повсякденній діяльності групові інтереси ставить вище особистісних. Виражені альтруїстські якості.
8 стенів	Високий рівень соціалізації. Суворо орієнтований на загальноприйняті і соціально ухвалені норми поведінки. Схильний дотримуватися корпоративних вимог. У повсякденній діяльності групові інтереси ставить вище особистісних.
7 стенів	Достатньо високий рівень соціалізації. Орієнтований на дотримання загальноприйнятих і соціально ухвалених норм поведінки. Дотримується корпоративних вимог. У повсякденній життєдіяльності групові інтереси, як правило, переважають над особистісними інтересами.
6 стенів	Достатній рівень соціалізації. У цілому орієнтований на дотримання загальноприйнятих і соціально ухвалених норм поведінки. У цілому дотримується корпоративних вимог. В повсякденній життєдіяльності групові інтереси, як правило, переважають над особистісними інтересами.
5 стенів	В цілому достатній рівень соціалізації. Прагне дотримуватися загальноприйнятих і соціально ухвалених норм поведінки. У повсякденній життєдіяльності групові інтереси, як правило, переважають над особистісними інтересами.

4 стени	Задовільний рівень соціалізації. Не завжди орієнтований на дотримання загальноприйнятих і соціально ухвалених норм поведінки. У повсякденній життєдіяльності особистісні інтереси, як правило, переважають над груповими.
3 стени	Недостатній рівень соціалізації. В цілому не прагне дотримуватися загальноприйнятих норм поведінки і соціально ухвалених вимог. В повсякденній життєдіяльності особистісні інтереси переважають над груповими.
2 стени	Низький рівень соціалізації. Не прагне дотримуватися загальноприйнятих норм поведінки. В основному вважає за краще діяти згідно власних планів, не орієнтуючись на думку оточуючих. В повсякденній життєдіяльності переважають егоцентричні тенденції. Особистісні інтереси переважають над інтересами групи. Досягнення особистісних інтересів може здійснювати в обхід існуючих заборон і правил.
1 стени	Вкрай низький рівень соціалізації (значно відмінний від номінальних значень для даної вікової групи). Вважає за краще діяти згідно власних планів, не рахуючись з думкою оточуючих. Особистісні інтереси домінують над груповими. Для досягнення особистісних інтересів ігноруються загальноприйняті норми і правила поведінки.

Додаткові шкали

Шкала військово-професійної спрямованості (ВПС)

Стени	Інтерпретація значень шкали ПР
10-8 стенів	Високий рівень військово-професійної спрямованості. Виражене бажання продовжувати професійну діяльність, у тому числі і в особливих умовах
7-6 стенів	Достатній рівень військово-професійної спрямованості. Стійка орієнтація на продовження професійної діяльності, у тому числі і в особливих умовах
5 стенів	В цілому достатній рівень військово-професійної спрямованості. Орієнтований на продовження професійної діяльності, у тому числі і в особливих умовах.
4 стенів	Недостатній рівень військово-професійної спрямованості. Не повною мірою задоволений своєю військовою професійною діяльністю і службовим призначенням. Орієнтація на продовження професійної діяльності сумнівна.
3-1 стени	Низький рівень військово-професійної спрямованості. Не задоволений своєю військовою професійною діяльністю і службовим призначенням

Шкала схильності до девіантних форм поведінки (ДАП)

Стени	Інтерпретація значень шкали ПР
-------	--------------------------------

10-6 стенів	Відсутність ознак девіантних (аддиктивної і делинквентної) форм поведінки. Відсутність ознак агресивної поведінки відносно оточуючих. Орієнтація на дотримання соціально ухвалених норм поведінки і раціональну побудову міжперсональних взаємостосунків з ровесниками і із старшими за віком.
5 стенів	В цілому виражені ознаки девіантних (аддиктивної і делинквентної) форм поведінки відсутні. Відмічається наявність окремих ознак нераціональної побудови міжперсональних взаємостосунків з ровесниками і із старшими за віком. Іноді допускає порушення соціально ухвалених норм поведінки.
4-3 стени	Відзначено наявність деяких ознак девіантних (аддиктивної і делинквентної) форм поведінки. Наявність агресивних реакцій відносно оточуючих. Схильність до нераціональної побудови міжперсональних взаємостосунків з ровесниками і із старшими за віком. Схильний допускати порушення соціально ухвалених норм поведінки.
2-1 стени	Наявність виразних ознак девіантних (аддиктивної і делинквентної) форм поведінки. Наявність виражених агресивних реакцій відносно оточуючих. Як правило, міжперсональні взаємостосунки з ровесниками і із старшими за віком будує нераціонально. Не орієнтований на дотримання соціально ухвалених норм поведінки.

Шкала суїцидального ризику (СР)

Стени	Інтерпретація значень шкали ПР
10-6 стенів	Відсутність ознак суїцидального ризику.
5 стенів	В цілому виразних ознак суїцидальної схильності не виявлено. Наголошується наявність окремих ознак, що свідчать про певні труднощі в міжперсональних взаємостосунках з ровесниками і (або) із старшими по віку.
4-3 стени	Відзначена наявність окремих ознак суїцидальної схильності. За наявності затяжної військово-професійної адаптації або труднощів у міжперсональних взаємостосунках з ровесниками і із старшими за віком можуть виникнути думки суїцидальної спрямованості.
2-1 стени	Відзначена наявність виразних ознак суїцидальної схильності. За наявності затяжної військово-професійної адаптації або труднощів в міжперсональних взаємостосунках з ровесниками і із старшими по віку можуть виникнути думки про суїцидальний шантаж або закінчені суїцидальні дії.