

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАДИМА ГЕТЬМАНА**

Навчально-науковий інститут бізнес-освіти імені Анатолія Поручника

Кафедра педагогіки та психології

**ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНА ПРОГРАМА
ПРАКТИЧНА ПСИХОЛОГІЯ**

галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки
спеціальність 053 Психологія
спеціалізація Практична психологія

Форма навчання: заочна

КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

**на тему «Психологічні чинники реадаптації комбатантів до цивільного
середовища під час російсько-української війни»**

здобувачки Ганни КУРІННОЇ

(підпис)

Наукова керівниця: к. психол. н., доцент Олена ВЕЛЬДБРЕХТ

(підпис)

**Робота допущена до захисту перед екзаменаційною комісією
з атестації здобувачів вищої освіти (ЕК)**

Завідувачка кафедри: д. пед. н., проф. Марина АРТЮШИНА

(підпис)

Київ 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ РЕАДАПТАЦІЇ КОМБАТАНТІВ	7
1.1. Поняття реадaptaції в контексті військових дій.....	7
1.2. Психологічні чинники, що впливають на процес реадaptaції комбатантів як специфічної категорії учасників бойових дій	15
1.3. Міжнародний досвід реадaptaції комбатантів до цивільного життя...	26
Висновки розділу 1.....	35
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ РЕАДАПТАЦІЇ КОМБАТАНТІВ.....	38
2.1. Організація та методологія емпіричного дослідження.....	38
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження.....	47
2.3. Визначення рівня реадaptaції комбатантів.....	59
2.4. Визначення чинників реадaptaції комбатантів	63
2.5. Рекомендації щодо оптимізації психологічного супроводу комбатантів у процесі їх реадaptaції до цивільного середовища.....	76
Висновки розділу 2.....	78
ВИСНОВКИ.....	82
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	87
ДОДАТКИ.....	95

ВСТУП

Актуальність російсько-української війни як масштабного збройного конфлікту ХХІ століття зумовлює необхідність ґрунтовного дослідження її багатоаспектних наслідків, зокрема психологічних. Особливої уваги потребує проблема реадаптації комбатантів до цивільного життя, яка набуває нових специфічних рис в умовах тривалого конфлікту високої інтенсивності. За даними Міністерства у справах ветеранів України, з початку повномасштабного вторгнення статус учасника бойових дій отримали близько 800 тисяч осіб, і ця цифра продовжує зростати. Значна частина цих людей після демобілізації стикається із серйозними труднощами повернення до мирного життя.

Психологічна реадаптація комбатантів є складним і багатовимірним процесом відновлення психологічної рівноваги і соціального функціонування осіб, які брали участь у бойових діях. Цей процес охоплює широкий спектр індивідуально-психологічних змін, трансформацію соціальних зв'язків, перебудову світогляду та ціннісних орієнтацій, переосмислення травматичного досвіду та інтеграцію його в цілісну картину життя. Значущість дослідження цієї проблеми посилюється тим, що ефективність реадаптації безпосередньо впливає на психологічне благополуччя не лише самих комбатантів, а й на функціонування їхніх сімей, професійних колективів та суспільства загалом.

Наукова рефлексія проблеми реадаптації військовослужбовців має тривалу історію і представлена в роботах таких зарубіжних дослідників, як Дж.І. Біссон, К.Р. Бревін, Л. Калхун та Р. Тедескі, К.К. Коенен, Б.Т. Літц, К. Р.Мармар, М. М. Стінкамп, К. В. Хоге, М.Д. Шерман та інших. Серед українських вчених вагомий внесок у розробку проблеми зробили Н.М. Барановська, О.А. Блінов, О. О.Буряк, П.В. Волошин, А.Й. Карачевський, О.М. Кокун, І. А. Марценковський та І. І. Марценковська, А.П. Мельник, М.І. Мушкевич, В.І. Осьодло, Д.Ю. Старков, В.В. Стасюк, Т.М. Титаренко, Р.П. Федоренко, О.С. Чабан та інші. Водночас,

специфіка російсько-української війни, її тривалість, інтенсивність, особливості ведення бойових дій на власній території з високим ризиком для цивільного населення створюють унікальний контекст, що потребує спеціального дослідження психологічних чинників, які визначають успішність реадаптації українських комбатантів.

Актуальність роботи над даною темою підсилюється також практичними потребами системи психологічної допомоги та реабілітації учасників бойових дій в Україні. Наявні програми психологічного супроводу часто не враховують усього комплексу чинників, що впливають на реадаптацію, базуються на узагальненому міжнародному досвіді без належного врахування національної специфіки конфлікту та соціокультурних особливостей українського суспільства. Це зумовлює необхідність розробки науково обґрунтованих та емпірично верифікованих підходів до організації психологічного супроводу комбатантів з урахуванням комплексу психологічних чинників, що визначають успішність їхньої реадаптації до цивільного середовища.

Метою кваліфікаційної роботи є визначення ключових психологічних чинників, що впливають на ефективність реадаптації комбатантів до цивільного середовища під час російсько-української війни та розробка практичних рекомендацій щодо оптимізації цього процесу.

Відповідно до поставленої мети визначено такі **завдання дослідження**:

1. На основі теоретичного аналізу проблеми реадаптації комбатантів у сучасній психологічній науці виявити її специфіку в умовах російсько-української війни.
2. Визначити й систематизувати психологічні чинники, що впливають на процес реадаптації комбатантів до цивільного середовища.
3. На основі емпіричного дослідження визначити ступінь поширеності симптомів посттравматичного стресового розладу, тривоги та депресії серед комбатантів, які повернулися до цивільного життя.

4. Визначити чинники, що впливають на успішність реадaptaції українських комбатантів.

5. Сформулювати рекомендації щодо оптимізації психологічного супроводу комбатантів у процесі їхньої реадaptaції до цивільного середовища.

Об'єкт дослідження – реадaptaція комбатантів до цивільного середовища.

Предмет дослідження – психологічні чинники реадaptaції комбатантів до цивільного середовища під час російсько-української війни.

Теоретико-методологічну основу дослідження складають: системний підхід до розуміння особистості та її адаптаційних ресурсів (Г. С. Костюк, С. Д. Максименко); концепції психологічної травми та посттравматичного стресового розладу (М. Горовіць); соціально-психологічні концепції адаптації особистості (Г. Балл, Л. Карамушка); теорії посттравматичного зростання (Р. Тедескі, Л. Калхун); концепції соціальної підтримки та її ролі в подоланні травматичного досвіду (С. Хобфолл, Дж. Сарасон); наукові розробки з проблем реадaptaції та реінтеграції учасників бойових дій (О.М. Кокун, Н.А. Агаєв, І. О. Пішко, Н.С. Лозінська, В.І. Осьодло, А.Й. Карачевський, О.А. Блінов).

Для вирішення поставлених завдань було використано комплекс взаємодоповнюючих методів:

- теоретичних (аналіз наукової літератури, узагальнення, систематизація);
- емпіричних методів, що включають: а) спостереження за поведінковими проявами психологічних проблем у комбатантів, які проходили реабілітацію в Київському міському кризовому центрі "Соціотерапія"; б) напівструктуроване інтерв'ю з 111 комбатантами (103 чоловіки та 8 жінок віком від 19 до 59 років) щодо їхніх труднощів у процесі реадaptaції; в) опитування за стандартизованими методиками: HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) для оцінки рівня тривожності та депресії; PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5) для оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу; CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5) для клінічної оцінки ПТСР. Додатково проведене анкетування комбатантів щодо їхнього суб'єктивного сприйняття факторів, які сприяють або

перешкоджають процесу реадаптації та для визначення соціально-демографічних характеристик досліджуваних та особливостей їхнього бойового досвіду;

- методи математико-статистичної обробки: описова статистика, частотний аналіз, порівняльний аналіз за допомогою t-критерію Ст'юдента, по критерію Манн-Уїтні, дисперсійний, кореляційний аналіз.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що було:

- здійснено дослідження психологічних чинників реадаптації комбатантів в умовах російсько-української війни з урахуванням її специфіки;
- уточнено зміст поняття "реадаптація комбатантів" в контексті сучасного збройного конфлікту високої інтенсивності;
- розширено уявлення про вплив психологічних та соціальних чинників на успішність реадаптації комбатантів;
- вдосконалені підходи для удосконалення психологічного супроводу комбатантів у процесі їхньої реадаптації до цивільного середовища.

Практичне значення одержаних результатів визначається можливістю використання отриманих результатів та подальшої розробки програми психологічного супроводу в діяльності психологічних служб Збройних Сил України, Міністерства у справах ветеранів, громадських організацій, що надають психологічну допомогу учасникам бойових дій. Отримані результати можуть бути застосовані у психологічних службах при роботі з комбатантами.

Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел, що налічує 70 найменувань та 13 додатків. У дослідженні вміщено 18 таблиць, 10 рисунки. Основний зміст викладено на 85 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ РЕАДАПТАЦІЇ КОМБАТАНТІВ

1.1. Поняття реадaptaції в контексті військових дій

Проблема психологічної реадaptaції комбатантів до цивільного життя набула особливої актуальності в Україні з початком російсько-української війни. Тривалий військовий конфлікт спричинив появу значної кількості військовослужбовців, які після участі в бойових діях повертаються до мирного життя і потребують психологічної підтримки. Для ґрунтового дослідження цього явища необхідно чітко визначити теоретичні межі поняття "реадaptaція" в контексті військових дій.

Тлумачний словник української мови подіє визначення наступним чином: Реадaptaція, -ї, ж. 1. Повторне пристосування будови і функцій організму людини і тварин до умов зовнішнього середовища, спрямований на збереження відносної стабільності внутрішнього середовища організму – гомеостазу. 2. Комплекс заходів, спрямованих на поновлення втрачених або послаблених реакцій людини, які сприяють її пристосуванню до умов праці й побуту. // Етап реабілітації, на якому переважають психосоціальні методи впливу, симуляції соціальної активності хворих (трудова терапія, професійне навчання або перенавчання), спеціальна педагогічна робота з психотерапевтичною спрямованістю, проведена з хворими та їхніми родичами [65].

Якщо звернутися до наших науковців, то дані терміни визначені значно глибше.

Термін "реадaptaція" походить від латинських слів: префікса "re-", що означає повторну дію, та "adaptatio" (пристосування). У загальному розумінні реадaptaція визначається як повторне пристосування людини до умов

середовища, які раніше були звичними для неї, але від яких вона певний час була відокремлена. Необхідність у реадаптації виникає тоді, коли наявні форми взаємодії особистості із середовищем не забезпечують успішного функціонування і вимагають коригування.

У контексті військових дій реадаптація набуває специфічного значення. О.А. Блінов визначає реадаптацію комбатантів як "процес повторного пристосування особистості до звичних умов соціального середовища, що відбувається після повернення з екстремальних умов життєдіяльності (зони бойових дій) і супроводжується перебудовою психологічних характеристик, мотиваційної сфери та ціннісних орієнтацій" [8, с. 45].

Дослідник підкреслює, що реадаптація комбатантів відрізняється від процесу первинної адаптації до цивільного життя тим, що військовослужбовці вже мали досвід життя в мирних умовах, але внаслідок участі в бойових діях їхні психологічні механізми адаптації зазнали суттєвих трансформацій. "Воїни повертаються з війни іншими людьми. Відбувається глибинна психологічна трансформація, насамперед пов'язана з ціннісно-смісловою сферою, зміною картини світу, ставленням до життя і смерті. Саме тому процес реадаптації до мирного життя є настільки складним і часто болісним" [8, с. 48].

А.Й. Карачевський визначає реадаптацію комбатантів як "комплексний процес психологічного і соціального пристосування військовослужбовців до умов мирного життя після повернення з війни, що передбачає відновлення порушених соціальних зв'язків і відносин, освоєння нових соціальних ролей, формування адекватних моделей поведінки у цивільному середовищі" [22, с. 24]. Автор наголошує на необхідності розглядати реадаптацію як багатовимірний процес, що охоплює різні сфери життя комбатанта і потребує системного підходу.

Важливий внесок у розуміння специфіки реадаптації комбатантів зробила Тетяна Михайлівна Титаренко, яка розглядає цей процес у контексті травматичних ситуацій, пов'язаних із війною і визначає реадаптацію як "процес

відновлення психологічних ресурсів особистості, порушених внаслідок травматичних подій, і побудови нових, більш ефективних моделей взаємодії із соціальним середовищем" [56, с. 42]. На її думку, "реадаптація комбатантів – це не просто повернення до довоєнних моделей поведінки і життєдіяльності, а скоріше формування нової адаптації з урахуванням набутого військового досвіду, пережитих травматичних подій та змін, що відбулися з особистістю" [56, с. 42]. Дослідниця наголошує на тому, що цей процес має враховувати як психологічні, так і соціальні аспекти життя комбатантів і розглядатися комплексно.

Василь Ілліч Осьодло та Людмила Миколаївна Будагьянц, аналізуючи процеси реадаптації комбатантів, розробили структурну модель, яка включає чотири основних компоненти:

1. Медико-психологічний компонент – передбачає відновлення нормального фізіологічного функціонування організму, нормалізацію сну, апетиту, зниження рівня психофізіологічної напруги, подолання психосоматичних реакцій на стрес.

2. Психологічний компонент – включає опрацювання травматичного досвіду, подолання тривожно-депресивних станів, відновлення емоційної рівноваги, формування адекватної самооцінки та позитивного образу майбутнього.

3. Соціально-психологічний компонент – стосується відновлення міжособистісних стосунків, налагодження комунікації з цивільним оточенням, подолання відчуження, відновлення довіри до світу та людей, реінтеграція в сімейне середовище, відновлення соціальних ролей і функцій.

4. Духовно-ціннісний компонент – пошук сенсу пережитого досвіду, переосмислення ціннісних орієнтацій, формування нової ідентичності, духовний розвиток і самореалізація, інтеграція бойового досвіду в нову життєву історію.

Ця модель дозволяє комплексно розглядати процес реадaptaції і визначати напрямки психологічної допомоги комбатантам з урахуванням різних аспектів їхнього життя.

Важливим аспектом розуміння реадaptaції є її часові межі. За даними дослідження Олега Матвійовича Кокуна та Назіма Асафовича Агаєва, середня тривалість активної фази реадaptaції комбатантів складає від 6 місяців до 1,5 років після повернення із зони бойових дій, однак для тих, хто пережив інтенсивні бойові дії і має симптоми ПТСР, цей процес може тривати значно довше [23, с. 34]. Автори зазначають, що "часові межі реадaptaції визначаються індивідуальними характеристиками комбатантів, інтенсивністю їхнього бойового досвіду, наявністю психологічних травм, а також якістю соціальної підтримки" [23, с. 35].

У контексті російсько-української війни процес реадaptaції комбатантів має свою специфіку. Насамперед, це пов'язано з тим, що війна триває, і в суспільстві зберігається високий рівень тривоги, що ускладнює процес психологічної реадaptaції. Наталія Миколаївна Барановська зазначає: "На відміну від інших військових конфліктів, де комбатанти поверталися до мирного суспільства, українські військовослужбовці часто повертаються до суспільства, яке все ще перебуває в стані війни, хоча й непрямо. Це створює додатковий психологічний тиск і вимагає специфічних підходів до реадaptaції" [5, с. 28].

Ігор Анатолійович Марценковський та Інна Іванівна Марценковська також підкреслюють особливості реадaptaції комбатантів в умовах триваючого конфлікту: "Реадaptaція в умовах триваючої війни ускладнюється тим, що комбатанти знаходяться в постійній готовності до можливого повернення на фронт, що створює особливий психологічний стан "тимчасовості мирного життя". Це суттєво впливає на мотивацію до реадaptaції та формування довготривалих життєвих планів" [28, с.12].

Важливою особливістю процесу реадaptaції є також ставлення суспільства до комбатантів. Як зазначає Олександр Олексійович Буряк зі співавторами,

"ставлення суспільства до ветеранів значною мірою визначає успішність їхньої реадаптації. В українському контексті, попри загальну повагу до захисників, наявні певні суперечності у ставленні до них, що може ускладнювати процес реінтеграції" [10, с. 178]. Автори підкреслюють, що для успішної реадаптації необхідна не просто моральна підтримка, а створення комплексної системи соціально-психологічної допомоги.

П.В. Волошин, Н.О. Марута та Л.Ф. Шестопалова у своїх дослідженнях звертають увагу на необхідність диференційованого підходу до реадаптації комбатантів залежно від характеру психологічних проблем, з якими вони стикаються. Вчені розробили типологію реагування на бойовий стрес, яка включає чотири основні типи: стеничний, астеничний, дисоціативний та соматизований [14, с.25]. Знання цих типів дозволяє розробити індивідуалізовані програми психологічної допомоги для різних категорій комбатантів.

Сучасні дослідження також звертають увагу на взаємозв'язок між процесом реадаптації та посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), який є поширеним серед учасників бойових дій. За даними О. С. Чабана та І.О. Франкової, наявність симптомів ПТСР значно ускладнює процес реадаптації і потребує комплексного підходу, що поєднує фармакотерапію, психотерапію та соціально-психологічну підтримку [59, с.10]. Автори наголошують на важливості своєчасної діагностики ПТСР для ефективної реадаптації комбатантів.

М.І. Мушкевич, Р.П. Федоренко та А.П. Мельник звертають увагу на роль сім'ї у процесі реадаптації комбатантів. Дослідники зазначають, що "сім'я є одним із ключових ресурсів підтримки для комбатантів, однак сімейна система також зазнає значних змін внаслідок участі одного з її членів у бойових діях, що вимагає адаптації всієї сімейної системи" [34, с.45]. Автори розробили модель психологічного супроводу сімей комбатантів, яка враховує особливості сімейної динаміки в контексті військової травми.

На думку В.В. Стасюка, процес реадaptaції комбатантів слід розглядати не лише як подолання негативних наслідків бойового досвіду, але і як можливість для особистісного зростання. "Попри всі труднощі, з якими стикаються комбатанти після повернення з війни, за умови ефективної психологічної підтримки цей досвід може стати джерелом розвитку таких якостей, як психологічна стійкість, емпатія, відповідальність, ціннісне ставлення до життя" [55, с. 350]. Таке розуміння реадaptaції відповідає концепції посттравматичного зростання, розробленої Осьодлом В.І. та Зубовським Д.С., і дозволяє розширити підходи до психологічної допомоги комбатантам.

Сучасна наукова думка пропонує різноманітні підходи до розуміння процесу реадaptaції військовослужбовців, кожен з яких акцентує увагу на певних аспектах цього складного явища. Аналіз наукової літератури дозволяє виділити кілька провідних теоретичних напрямків, які сформували методологічну основу дослідження реадaptaції комбатантів.

Клініко-психіатричний підхід розглядає реадaptaцію комбатантів у контексті подолання психопатологічних наслідків бойового стресу, насамперед посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Цей підхід активно розвивався, починаючи з досліджень ветеранів в'єтнамської війни в США і нині представлений у працях таких українських дослідників, як Олег Созонтович Чабан, Ігор Анатолійович Марценковський та Наталія Олександрівна Марута [59,с.10-12; 28,с.12-14; 14,с.30-35].

Згідно з клініко-психіатричним підходом, процес реадaptaції військовослужбовців нерозривно пов'язаний з діагностикою та лікуванням ПТСР та інших розладів, пов'язаних зі стресом. Як зазначає Марценковський Ігор Анатолійович, "ефективна реадaptaція комбатантів можлива лише за умови своєчасної діагностики та терапії ПТСР, який істотно обмежує адаптаційні можливості особистості і призводить до дезінтеграції психічних функцій" [28, с.12].

Важливим аспектом клініко-психіатричного підходу є розуміння нейробіологічних механізмів травматичного стресу та їх впливу на психічне функціонування комбатантів. Дослідження, проведені Марутою Наталією Олександрівною зі співавторами, показали, що "хронічний стрес, пов'язаний з участю в бойових діях, призводить до стійких нейроендокринних змін, які, в свою чергу, впливають на когнітивні функції, емоційну регуляцію та поведінкові реакції". Автори підкреслюють, що "розуміння нейробіологічних механізмів ПТСР є важливим для розробки комплексних програм реабілітації, які поєднують фармакотерапію та психотерапевтичні втручання" [14, с.32-33].

Клініко-психіатричний підхід також приділяє значну увагу коморбідності ПТСР з іншими психічними розладами, зокрема депресією, тривожними розладами, залежностями від психоактивних речовин. Олег Созонтович Чабан та Ірина Олександрівна Франкова зазначають, що "у більшості випадків ПТСР у комбатантів супроводжується іншими психічними розладами, що значно ускладнює процес реабілітації та потребує комплексного терапевтичного підходу" [59, с. 11].

Психологічний підхід фокусується на психологічних механізмах адаптації та реабілітації, розглядаючи цей процес у контексті загальних закономірностей функціонування психіки в екстремальних умовах та після виходу з них. Цей підхід представлений у працях таких вчених, як Олег Анатолійович Блінов, Тетяна Михайлівна Титаренко, Василь Ілліч Осьодло [8, с.60-65; 56, с.50-55; 38, с.60-65].

Олег Анатолійович Блінов розглядає реабілітацію комбатантів як процес психологічної трансформації, який включає переосмислення травматичного досвіду та інтеграцію його в загальну картину життя особистості. Автор зазначає, що "успішна реабілітація передбачає не стільки повернення до довоєнного стану, скільки досягнення нового рівня психологічної інтеграції, який враховує набутий досвід і дозволяє ефективно функціонувати в мирних умовах" [8, с.60-61].

Тетяна Михайлівна Титаренко розвиває концепцію "життєвої неперервності", згідно з якою успішна реадaptaція комбатантів пов'язана зі здатністю відновлювати зв'язок між довоєнним, воєнним і післявоєнним періодами життя [56, с.52]. Дослідниця зазначає, що "травматичний досвід війни часто створює розрив у суб'єктивному відчутті неперервності життя, і реадaptaція передбачає відновлення цієї неперервності через переосмислення і інтеграцію досвіду в особистісну історію" [56, с.53].

Василь Ілліч Осьодло та Дмитро Сергійович Зубовський розробляють концепцію "посттравматичного зростання" стосовно комбатантів, звертаючи увагу на позитивні психологічні зміни, які можуть виникати внаслідок участі в бойових діях. Автори підкреслюють, що "фокусування лише на негативних аспектах бойового досвіду обмежує розуміння процесу реадaptaції і не дозволяє повною мірою використовувати ресурси особистісного зростання" [38, с. 63].

У рамках психологічного підходу також розробляються когнітивно-поведінкові моделі реадaptaції, які акцентують увагу на корекції дисфункціональних переконань і поведінкових патернів, сформованих в умовах бойових дій. Олег Матвійович Кокун та Назім Асафович Агаєв зазначають, що "у процесі реадaptaції комбатантів важливо адресувати негативні когніції, пов'язані з травматичним досвідом, та розвивати більш адаптивні когнітивні схеми, які відповідають вимогам мирного життя" [23, с. 45].

Соціально-психологічний підхід розглядає реадaptaцію комбатантів у контексті їхньої взаємодії з соціальним середовищем, акцентуючи увагу на відновленні соціальних зв'язків, рольових структур та комунікативних патернів. Цей підхід представлений у працях Олександра Олексійовича Буряка, Мирослави Іванівни Мушкевич, Раїси Петрівни Федоренко, Антоніни Петрівни Мельник.

Узагальнюючи різні теоретичні підходи до розуміння реадaptaції комбатантів, можна визначити це поняття як багатовимірний процес відновлення психологічного та соціального функціонування військовослужбовців у

цивільному середовищі після повернення із зони бойових дій, що включає переосмислення військового досвіду, подолання психологічних наслідків участі у бойових діях, відновлення міжособистісних стосунків та соціальних ролей, а також професійну реінтеграцію.

Таким чином, теоретичний аналіз поняття реадаптації в контексті військових дій дозволяє зрозуміти складність і багатоаспектність цього процесу, який охоплює психофізіологічні, психологічні, соціально-психологічні та соціальні аспекти життя комбатантів. Рееадаптація не є простим поверненням до довоєнного стану, а передбачає формування нових адаптивних механізмів з урахуванням набутого військового досвіду та змін, що відбулися з особистістю. Розуміння специфіки реееадаптації комбатантів в умовах триваючого збройного конфлікту є ключовим для розробки ефективних програм психологічної допомоги та соціальної підтримки.

1.2. Психологічні чинники, що впливають на процес реееадаптації комбатантів як специфічної категорії учасників бойових дій

Для розуміння процесу реееадаптації комбатантів необхідно проаналізувати їх психологічні особливості, які формуються під впливом участі у бойових діях. Термін "комбатант" (від фр. "combattant" – воїн, борець) у міжнародному гуманітарному праві визначається як особа, яка безпосередньо бере участь у бойових діях у складі збройних сил сторони конфлікту [42, с.14]. У психологічному контексті поняття "комбатант" набуває додаткових змістових характеристик, пов'язаних із трансформацією особистості під впливом досвіду участі у збройному конфлікті.

Актуальна статистика щодо кількості комбатантів в Україні за даними Міністерства у справах ветеранів України, багато з яких потребують

психологічної підтримки для реадаптації, наведена нижче, і все ще продовжує оновлюватися (рис. 1.1):

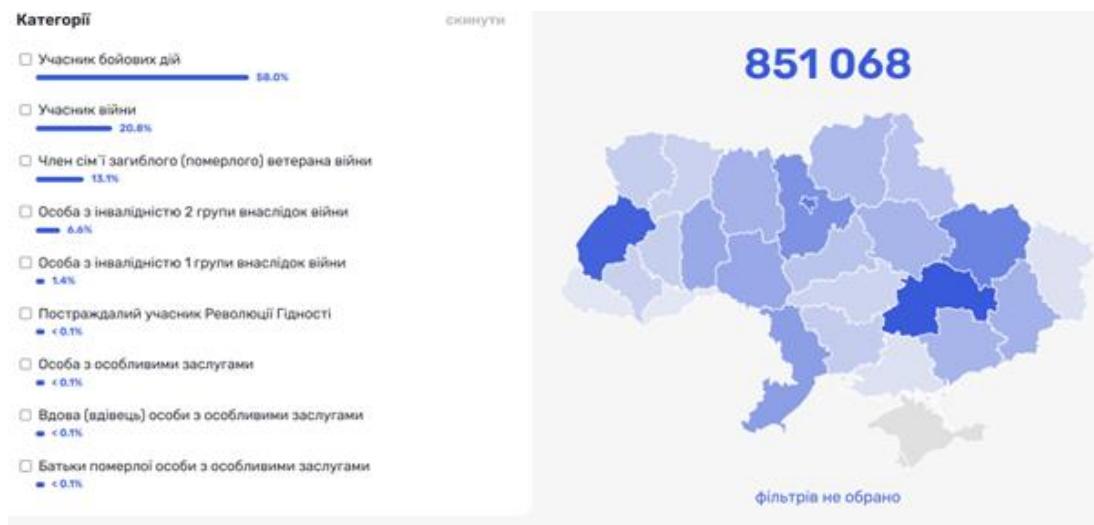


Рисунок 1.1- Кількість комбатантів в Україні

Як зазначає В.В. Стасюк, "військовий досвід є потужним трансформуючим фактором, що впливає на всі рівні особистісної організації людини – від психофізіологічних реакцій до ціннісно-сислової сфери" [55, с. 215]. Участь у бойових діях спричиняє значні зміни у психіці, що відрізняють комбатантів від цивільного населення та визначають особливості їх психологічного функціонування як під час військових дій, так і після повернення до мирного життя.

О.А. Блінов, досліджуючи психологічні особливості комбатантів, виділяє низку характеристик, притаманних військовослужбовцям, які брали участь у бойових діях [8, с. 50-53]:

- Підвищена пильність і настороженість** – стан постійної готовності до небезпеки, який формується в умовах постійної загрози для життя. Блінов О.А. зазначає, що "підвищена пильність є адаптивною реакцією в умовах бойових дій, але може стати дезадаптивною в мирному житті, проявляючись як надмірна підозрілість, постійне очікування небезпеки, неможливість розслабитися навіть у безпечній обстановці".

2. **Емоційна стриманість і зниження емоційної чутливості** – здатність контролювати емоційні реакції в екстремальних ситуаціях, що часто призводить до труднощів у вираженні емоцій у мирних умовах. "У бойовій обстановці надмірна емоційність може становити загрозу для виживання, тому відбувається адаптивне зниження інтенсивності емоційних реакцій, яке згодом може виявлятися як емоційна холодність, відстороненість, труднощі в близьких стосунках".

3. **Прагматизм і конкретність мислення** – здатність швидко приймати рішення на основі наявної інформації, що супроводжується зниженням схильності до абстрактних міркувань та планування віддаленого майбутнього. "В умовах бойових дій формується фокус на "тут і тепер", орієнтація на конкретні дії, а не на абстрактні міркування".

4. **Підвищений рівень агресивності** – готовність до активного захисту і протидії загрозам, що може проявлятися в імпульсивних реакціях у цивільному житті. "Агресія в бойових умовах є необхідним компонентом виживання і виконання бойових завдань, проте в мирному житті може призводити до конфліктів та протиправних дій".

5. **Зміна ціннісних орієнтацій** – переосмислення життєвих пріоритетів, підвищення цінності життя, дружби, взаємодопомоги, вірності. "Екзистенційний досвід перебування на межі життя і смерті призводить до глибинної переоцінки цінностей, зміни ставлення до часу, до інших людей, до власного життя".

О.М. Кокун та І.О. Пішко у своїх дослідженнях виявили, що комбатанти часто характеризуються "бойовою трансформацією свідомості" – специфічним станом, який виникає внаслідок адаптації психіки до умов бойових дій [23, с. 40]. Цей стан проявляється у:

- Спрощенні та категоричності сприйняття оточуючого світу за принципом "свій-чужий", "друг-ворог";
- Підвищеній готовності до негайних дій у ситуаціях небезпеки;

- Актуалізації базових інстинктів виживання;
- Сприйнятті насильства як прийнятного інструменту вирішення проблем;
- Високій толерантності до фізичного дискомфорту та обмежень.

Автори зазначають, що "такі зміни у свідомості є адаптивними в умовах бойових дій, але можуть створювати суттєві труднощі при поверненні до мирного життя" [23, с. 41].

А.Й. Карачевський, досліджуючи психологічні особливості українських комбатантів, виділяє феномен "дихотомії світосприйняття" – розділення світу на "фронт" і "тил", що супроводжується ідеалізацією фронтового братерства і критичним ставленням до "тилового" життя [22, с. 30]. Автор підкреслює, що така дихотомія створює значні труднощі для реадаптації, оскільки комбатанти часто не відчують розуміння з боку цивільного оточення і прагнуть повернутися до середовища, де почуваються прийнятими і зрозумілими.

"Комбатанти переживають відчуття належності до особливої спільноти, яка об'єднана спільним досвідом випробувань, небезпек, втрат. Цивільне оточення сприймається як таке, що не здатне зрозуміти цей досвід, що посилює відчуття відчуженості та ізоляції" [22, с. 32]. Автор відзначає, що цей феномен спостерігається в багатьох учасників бойових дій незалежно від культурного контексту, що свідчить про його універсальний характер.

О.С. Чабан та І.О. Франкова, досліджуючи психологічні особливості комбатантів, звертають увагу на те, що вони часто демонструють "синдром бійця" – комплекс психологічних реакцій, який включає гіперзбудливість, спалахи гніву, труднощі з концентрацією уваги, порушення сну, нав'язливі спогади про травматичні події [59, с. 10]. Автори підкреслюють, що "синдром бійця" не обов'язково відповідає діагностичним критеріям ПТСР, але створює значні труднощі для реадаптації.

"Синдром бійця є нормальною реакцією психіки на ненормальні обставини. Він відображає психофізіологічну "настройку" організму на виживання в умовах підвищеної небезпеки. Проблема полягає в тому, що ця

"настройка" зберігається і після повернення до мирного життя, де вона стає дезадаптивною" [59, с. 11].

І.А. Марценковський, аналізуючи психологічні особливості комбатантів, вказує на феномен "бойової аддикції" – специфічної психологічної залежності від екстремальних переживань, пов'язаних з участю в бойових діях [28, с. 13]. Ця залежність проявляється у прагненні повернутися до участі в бойових діях, незважаючи на об'єктивну небезпеку, відчутті нудьги і пригніченості в мирному житті, ідеалізації бойового минулого. Автор підкреслює, що "бойова аддикція є серйозним бар'єром для успішної реадаптації і потребує спеціальних психотерапевтичних втручань" [28, с. 14].

"Під час бойових дій людина переживає екстремальні емоційні стани, які супроводжуються викидом адреналіну та ендорфінів. Ці біохімічні процеси забезпечують стан підвищеної мобілізації всіх систем організму і можуть спричиняти своєрідне "сп'яніння боєм". З часом організм адаптується до цих станів і потребує їх повторення. Саме тому мирне життя може сприйматися як прісне, нудне, позбавлене гостроти відчуттів" [28, с. 13].

Особливу увагу дослідники приділяють змінам, які відбуваються в ціннісно-смысловій сфері комбатантів. Т.М. Титаренко зазначає, що "досвід перебування на межі життя і смерті призводить до глибинних екзистенційних трансформацій особистості, переоцінки життєвих цінностей, зміни ставлення до базових категорій буття" [56, с. 45]. Дослідниця виявила, що для багатьох комбатантів характерне загострене відчуття справедливості, неприйняття фальші, підвищена чутливість до будь-яких проявів нещирості в міжособистісних стосунках.

"Участь у бойових діях є потужним екзистенційним досвідом, який змушує людину переосмислити своє життя, свої цінності, своє місце у світі. Зіткнення зі смертю, страждання, втрата бойових побратимів – все це призводить до усвідомлення крихкості людського життя, його унікальної цінності і, водночас,

глибокого розуміння обмеженості часу, який є у розпорядженні кожної людини" [56, с. 46].

В.І. Осьодло та Д.С. Зубовський досліджували феномен "посттравматичного зростання" у комбатантів і виявили, що попри всі негативні наслідки бойового досвіду, значна частина військовослужбовців відзначає позитивні зміни, які відбулися з ними внаслідок участі в бойових діях [38, с. 58].

Ці зміни включають:

- Підвищення цінності життя і поглиблення його розуміння;
- Зміцнення міжособистісних зв'язків;
- Відкриття нових можливостей і перспектив;
- Посилення відчуття власної сили і стійкості;
- Духовний розвиток і поглиблення світоглядних позицій.

Автори зазначають, що "посттравматичне зростання не виключає наявності негативних психологічних наслідків бойового досвіду, але може бути важливим ресурсом для успішної реадaptaції" [38, с. 59].

"Надзвичайно важливо розглядати досвід участі в бойових діях не лише в контексті травматизації, але й у контексті можливостей для особистісного зростання. Дослідження показують, що багато комбатантів після повернення з війни відзначають, що стали сильнішими, мудрішими, більш зрілими. Вони говорять про переоцінку цінностей, про глибше розуміння життя, про відкриття в собі нових можливостей" [38, с. 60].

Важливим аспектом психологічних особливостей комбатантів є зміни в їхній комунікативній сфері. О.О. Буряк зі співавторами зазначає, що для багатьох комбатантів характерні труднощі у спілкуванні з цивільними особами, які проявляються у використанні військового сленгу, прямолінійності висловлювань, нетерпимості до дріб'язкових проблем цивільного життя [10, с. 179]. Автори підкреслюють, що "комунікативний розрив між комбатантами і цивільним населенням є однією з найбільш складних проблем реадaptaції" [10, с. 180].

"Комбатанти часто відзначають, що їм важко спілкуватися з людьми, які не мають бойового досвіду. Вони відчувають роздратування через те, що цивільні переймаються проблемами, які здаються їм незначними порівняно з тим, що відбувається на війні. Водночас, комбатанти не хочуть розповідати про свій досвід, оскільки бояться нерозуміння, осуду або надмірної цікавості. Це створює своєрідну комунікативну прірву, яка посилює відчуття відчуженості та ізоляції" [10, с. 179].

П.В. Волошин, Н.О. Марута та Л.Ф. Шестопалова, досліджуючи психологічні особливості комбатантів, звертають увагу на феномен "бойової травматизації" – сукупності змін, які відбуваються в психіці під впливом травматичного досвіду війни [14, с. 25]. Автори виділяють такі типи реагування на бойову травматизацію:

1. Стенічний тип – характеризується підвищеною активністю, агресивністю, прагненням до дії, впертістю, дратівливістю, схильністю до ризикованої поведінки.
2. Астенічний тип – проявляється в підвищеній тривожності, пригніченості, уникненні спогадів про травматичні події, зниженні загальної активності, схильності до самоізоляції.
3. Дисоціативний тип – характеризується емоційним відстороненням, заціпенінням, відчуттям нереальності подій, відчуженістю від інших людей, в тому числі близьких.
4. Соматизований тип – проявляється переважно у фізичних симптомах без об'єктивних органічних причин, таких як головний біль, болі в спині, шлунково-кишкові розлади тощо.

Дослідники зазначають, що "розуміння типу реагування на бойову травматизацію є важливим для вибору оптимальних методів психологічної допомоги" [14, с. 26].

М.І. Мушкевич, Р.П. Федоренко та А.П. Мельник звертають увагу на особливості сімейної взаємодії комбатантів після повернення з зони бойових дій

[34, с.75]. Дослідники виявили, що комбатанти часто відчують труднощі у відновленні сімейних ролей, які вони виконували до участі в бойових діях. Це пов'язано як зі змінами, які відбулися з самими комбатантами, так і з тим, що сімейна система також адаптувалася до їхньої відсутності і зазнала певних трансформацій.

"Повернення комбатанта в сім'ю супроводжується необхідністю перебудови сімейної системи, яка за час його відсутності виробила нові механізми функціонування. Розподіл ролей, прийняття рішень, виховання дітей – все це потребує нового узгодження. Крім того, психологічні зміни, які відбулися з комбатантом, можуть ускладнювати процес відновлення сімейних стосунків. Зокрема, емоційна холодність, дратівливість, нестриманість, схильність до агресивних проявів негативно впливають на сімейний клімат та здатність знаходити спільну мову з близькими" [34, с.76].

А.П. Мельник також звертає увагу на специфічні особливості жінок-комбатантів [31, с.60]. Дослідниця зазначає, що жінки, які брали участь у бойових діях, стикаються з подвійними стандартами і часто відчують більший тиск суспільства порівняно з чоловіками-комбатантами. Це пов'язано з суспільними стереотипами щодо гендерних ролей та очікуваннями, що жінка має бути "берегинею домашнього вогнища", а не воїном.

"Жінки-комбатанти часто зазнають психологічної травматизації не лише через бойовий досвід, але й через стигматизацію, нерозуміння, осуд з боку суспільства. Вони стикаються з необхідністю доводити свою компетентність, з сексизмом, з применшенням їхнього внеску в бойові дії. Після повернення до мирного життя жінки-комбатанти нерідко відчують тиск щодо необхідності "відновлення" своєї жіночності, повернення до традиційних гендерних ролей, незважаючи на те, що їхня особистість зазнала суттєвих трансформацій" [31, с.61].

Важливим аспектом психологічних особливостей комбатантів є їхня схильність до ризикованої поведінки. А.В. Кабанцева та В.М. Корнацький

виявили, що комбатанти частіше, ніж цивільні особи, схильні до різних форм ризикованої поведінки: вживання алкоголю та психоактивних речовин, небезпечне водіння, участь у бійках тощо [21, с.9]. Автори пов'язують це з кількома факторами:

- Звиканням до стану підвищеної адреналінової стимуляції під час бойових дій;
- Прагненням "заглушити" негативні емоції та спогади;
- Зниженням цінності безпеки через досвід постійного перебування в небезпеці;
- Труднощами з емоційною регуляцією, особливо в стресових ситуаціях.

"Ризикована поведінка комбатантів може бути як способом упоратися з психологічним дистресом, так і проявом "бойової аддикції" – своєрідної залежності від екстремальних ситуацій. Важливо розуміти, що така поведінка є не просто порушенням дисципліни чи безвідповідальністю, а складним психологічним феноменом, пов'язаним з адаптацією до мирного життя" [21, с.10].

Узагальнюючи психологічні особливості комбатантів, О.М. Кокун та співавтори виділяють низку психологічних "зон ризику", які потребують особливої уваги під час реадаптації:

1. Емоційна сфера: труднощі з розпізнаванням та вираженням емоцій, емоційна холодність або, навпаки, емоційна нестабільність, зниження здатності до емпатії.
2. Когнітивна сфера: порушення концентрації уваги, труднощі з плануванням та прийняттям рішень, нав'язливі думки, негативні установки щодо світу та майбутнього.
3. Поведінкова сфера: імпульсивність, агресивність, уникнення ситуацій, що нагадують про травматичний досвід, зловживання алкоголем та психоактивними речовинами.
4. Міжособистісна сфера: недовіра до людей, відчуження, конфліктність, труднощі у відновленні близьких стосунків.

5. Соціальна сфера: відчуття відірваності від суспільства, труднощі з професійною реінтеграцією, звуження кола спілкування до інших комбатантів.
6. Ціннісно-смилова сфера: екзистенційна криза, втрата сенсу життя, криза ідентичності, трансформація системи цінностей.

Автори наголошують, що "розуміння цих психологічних особливостей комбатантів є необхідною умовою для розробки ефективних програм психологічної допомоги та соціальної підтримки, спрямованих на їх успішну реадаптацію до цивільного життя" [24, с. 55-56].

Аналіз теоретичної літератури та наведених вище джерел, отриманих даних дозволив виділити **шість груп ключових психологічних чинників**, що впливають на процес реадаптації комбатантів.

1. Індивідуально – психологічні чинники: встановлено, що ефективність реадаптації значною мірою залежить від особистісних характеристик комбатантів. Зокрема, такі риси як резиліентність (психологічна стійкість), оптимізм, високий рівень осмисленості життя та внутрішній локус контролю позитивно впливають на процес реадаптації. Натомість, схильність до уникнення проблем, емоційна нестабільність та зовнішній локус контролю ускладнюють цей процес. Особливу увагу привертає зв'язок між резиліентністю та здатністю комбатантів знаходити позитивний сенс у військовому досвіді. Ті ветерани, які змогли інтегрувати свій бойовий досвід у загальну картину життя та надати йому конструктивного значення, демонструють значно кращі показники психологічного благополуччя.

2.Травматичний досвід та його психологічні наслідки: є однією з найвагоміших груп чинників, що впливають на процес реадаптації комбатантів. Ця група включає інтенсивність та тривалість перебування в бойових умовах, кількість та вид травматичних подій, з якими зіткнувся військовослужбовець, а також особливості розвитку посттравматичних реакцій. Характер і глибина психологічної травматизації визначають не лише безпосередні психоемоційні реакції, але й формують довготривалі патерни сприйняття та взаємодії з

навколишнім світом, що може проявлятися в підвищеній пильності, уникненні подразників, пов'язаних з травмою, та емоційній відстороненості у стосунках з оточуючими. Нижче будуть наведені результати емпіричного дослідження, що дали змогу підкреслити роль впливу тривоги, депресії, та ПТСР на реадаптацію комбатантів.

3.Соціальна підтримка: Одним із найважливіших чинників успішної реадаптації виявилася якість соціальної підтримки. Комбатанти, які відчують підтримку з боку сім'ї, друзів та суспільства в цілому, демонструють значно кращі показники психологічного благополуччя та соціальної адаптації. При цьому самі комбатанти відзначають невідповідність між їхніми очікуваннями щодо соціальної підтримки та реальністю. Особливо це стосується сприйняття їхнього досвіду цивільним оточенням, яке часто не може адекватно зрозуміти та прийняти пережите ветеранами.

4.Ціннісно смислові трансформації: Значний вплив на процес реадаптації мають ціннісно-смислові трансформації, які відбуваються під впливом бойового досвіду. Комбатанти часто повертаються з війни з кардинально зміненими цінностями та пріоритетами, що може призводити до конфлікту з цивільним середовищем, орієнтованим на інші цінності.

5.Професійна реалізація: Важливим аспектом реадаптації є трудова інтеграція комбатантів. Дослідження показали, що можливість професійної самореалізації та відчуття власної корисності істотно впливають на психологічне благополуччя ветеранів. Комбатанти, які змогли знайти роботу, що відповідає їхнім здібностям та інтересам, демонструють значно нижчий рівень симптомів ПТСР та депресії. При цьому виявлено, що близько 50% досліджуваних комбатантів стикалися з труднощами при працевлаштуванні, а близько третини відзначають, що їхній військовий досвід та набуті навички не затребувані на цивільному ринку праці.

6.Доступність та якість психологічної допомоги: Ключовим чинником, який безпосередньо впливає на ефективність реадаптації, є доступність та

якість психологічної допомоги. Комбатанти, які отримали своєчасну та кваліфіковану психологічну підтримку, демонструють значно кращі показники соціальної адаптації.

Таким чином, аналіз психологічних особливостей комбатантів демонструє, що ця категорія учасників бойових дій характеризується специфічним комплексом психологічних реакцій, які формуються під впливом екстремального досвіду війни. Ці особливості включають зміни в емоційній, когнітивній, поведінковій та ціннісно-смысловій сферах особистості і можуть як ускладнювати процес реадaptaції, так і слугувати ресурсом для посттравматичного зростання. Розуміння психологічних особливостей комбатантів є ключовим для розробки ефективних стратегій психологічної допомоги і створення умов для їхньої успішної реінтеграції у цивільне життя.

У процесі реадaptaції комбатантів важливу роль відіграють такі психологічні чинники як: індивідуально-психологічні особливості комбатанта (тип особистості, стресостійкість, життєстійкість, копінг-стратегії); характер та інтенсивність бойового досвіду; наявність та вираженість симптомів ПТСР та інших психологічних розладів; якість соціальної підтримки; особливості ціннісно-смыслові сфери; професійна самореалізація; доступність та якість психологічної допомоги. Розуміння цих чинників є важливим для розробки ефективних програм психологічної підтримки комбатантів.

1.3. Міжнародний досвід реадaptaції комбатантів до цивільного життя

Міжнародний досвід реадaptaції комбатантів до цивільного життя є цінним джерелом знань та практик, які можуть бути адаптовані до українських реалій. Різні країни, що мали досвід військових конфліктів, розробили власні підходи до вирішення психологічних, соціальних та професійних проблем, з якими стикаються ветерани після повернення до мирного життя. Аналіз цього

досвіду дозволяє виявити ефективні стратегії, які варто застосовувати в українському контексті.

США мають найбільш розвинену та всеохоплюючу систему реабілітації та реадаптації ветеранів, яка формувалася протягом десятиліть, особливо активно розвиваючись після Другої світової війни, війни у В'єтнамі, а також конфліктів в Іраку та Афганістані. М.М. Стінкамп, Б.Т. Літц та співавтори зазначають, що в основі американської системи реадаптації комбатантів лежить комплексний підхід, який поєднує медичну, психологічну, соціальну та професійну реабілітацію [70, с.490]. Центральну роль у цій системі відіграє Міністерство у справах ветеранів (Department of Veterans Affairs, VA), яке координує роботу розгалуженої мережі медичних центрів, клінік, центрів психічного здоров'я та реабілітаційних програм.

М.Д. Шерман, Дж.Ларсен та Л.М. Борден виділяють кілька ключових складових американської системи реадаптації комбатантів [69, с.356-358]:

1. Система скринінгу на ПТСР та інші психічні розлади. Всі військовослужбовці, які повертаються з зони бойових дій, проходять обов'язкове обстеження, яке включає скринінг на ПТСР, депресію, тривожні розлади, проблеми зі зловживанням алкоголем та наркотиками. Важливо, що таке обстеження проводиться не лише відразу після повернення, але й через 3, 6 та 12 місяців, оскільки симптоми психологічних проблем можуть проявлятися із затримкою.
2. Програма "VA Healthcare", що забезпечує ветеранам доступ до широкого спектру медичних послуг, включаючи психіатричну та психологічну допомогу. Особлива увага приділяється лікуванню ПТСР, для чого створені спеціалізовані клініки по всій країні.
3. Програма "Vet Centers" – це мережа центрів реадаптації, які надають психологічне консультування, проводять групові терапії, організовують групи взаємодопомоги та надають інформаційну підтримку щодо пільг та програм для ветеранів.

4. Програма професійної реабілітації та працевлаштування (Vocational Rehabilitation and Employment, VR&E), яка допомагає ветеранам із інвалідністю отримати освіту, професійну підготовку та знайти роботу.

5. Освітні програми (GI Bill), які надають фінансову підтримку ветеранам для здобуття вищої освіти, професійної підготовки або перекваліфікації.

Біссон Дж.І. та співавтори відзначають, що в США значна увага приділяється науково-обґрунтованим методам лікування ПТСР [66]. Найбільш поширеними є когнітивно-поведінкова терапія, зокрема, пролонгована експозиційна терапія (PE) та когнітивна переробка (CPT), а також метод десенсибілізації і переробки рухом очей (EMDR). Ці методи рекомендовані як першочергові для лікування ПТСР у військовослужбовців.

Важливою особливістю американського підходу є активне залучення сімей у процес реадaptaції комбатантів. Розроблені спеціальні програми для членів сімей ветеранів, які включають психоедукацію, консультування, групи підтримки. М.Д. Шерман та співавтори підкреслюють, що "включення сімейного компонента у процес реадaptaції значно підвищує її ефективність, оскільки сім'я є ключовим ресурсом підтримки для комбатанта" [69, с.359].

К.К. Коенен та співавтори зазначають, що важливим елементом системи реадaptaції в США є оцінка її ефективності та постійне вдосконалення на основі наукових досліджень [68, с.2265]. Проводяться масштабні дослідження поширеності психічних розладів серед ветеранів, ефективності різних методів лікування, факторів, які впливають на успішність реадaptaції. Результати цих досліджень використовуються для розробки нових та вдосконалення існуючих програм.

Ізраїль, держава, яка знаходиться у стані перманентного військового конфлікту, розробила ефективну систему психологічної підтримки та реадaptaції комбатантів. Особливістю ізраїльського підходу є акцент на превентивних заходах та ранній інтервенції.

Як зазначає В.В. Стасюк, ізраїльська армія (ЦАХАЛ) має розвинену систему психологічної підготовки військовослужбовців, яка підвищує їхню психологічну стійкість і знижує ризик розвитку ПТСР [55, с. 320]. Ця підготовка включає:

- Відпрацювання дій у стресових ситуаціях із використанням симуляторів та рольових ігор;
- Навчання технікам саморегуляції та управління стресом;
- Психоедукацію щодо нормальних реакцій на бойовий стрес та ознак розвитку психологічних проблем;
- Формування згуртованості підрозділів та взаємної підтримки.

Характерною особливістю ізраїльської системи є принцип наближеності психологічної допомоги до місця бойових дій. Психологи і психіатри працюють безпосередньо у військових підрозділах, що дозволяє надавати допомогу одразу після психотравмуючих подій. Як зазначають П.В. Волошин, Н.О. Марута та Л.Ф. Шестопалова, "така організація допомоги значно знижує ризик хронізації психологічних проблем і розвитку ПТСР" [14, с. 35].

Для ветеранів, які повертаються до цивільного життя, в Ізраїлі діє система реабілітаційних центрів, які надають комплексну допомогу: медичну, психологічну, соціальну, професійну. Важливою особливістю цих центрів є їхній громадський характер – більшість із них створені та фінансуються благодійними організаціями та фондами, але працюють у тісній співпраці з державними структурами.

О.А. Блінов відзначає, що в Ізраїлі значна увага приділяється соціальній інтеграції ветеранів [8, с. 180]. Статус ветерана в суспільстві є дуже високим, що полегшує процес реадaptaції. Крім того, розроблені спеціальні програми підтримки працевлаштування ветеранів, які включають податкові пільги для роботодавців та освітні гранти для самих ветеранів.

К.Р. Бревін та співавтори зазначають, що в Ізраїлі активно розвиваються інноваційні методи лікування ПТСР, зокрема, з використанням віртуальної

реальності та мобільних додатків для самодопомоги [67, с.10]. Ці методи дозволяють розширити доступність психологічної допомоги та залучити до лікування тих ветеранів, які з різних причин не можуть відвідувати традиційну терапію.

Велика Британія має значний досвід у реадaptaції комбатантів, що брали участь у різних військових конфліктах, зокрема в Іраку, Афганістані, на Фолклендських островах. Британська система реадaptaції характеризується тісною співпрацею між військовими, державними та громадськими організаціями.

Дж.І. Біссон та його колеги описують британську модель поетапної допомоги ветеранам [66, с.4]. Перший етап надається ще під час служби і включає психологічну підтримку у військових підрозділах. Другий етап – спеціалізовані служби психічного здоров'я для військовослужбовців, які потребують більш інтенсивної допомоги. Третій етап – адресна допомога ветеранам після виходу зі служби, яка координується через Службу психічного здоров'я ветеранів (Veterans Mental Health Service).

Важливу роль у системі реадaptaції комбатантів у Великій Британії відіграють благодійні організації: Combat Stress, Help for Heroes, SSAFA, що надають широкий спектр послуг починаючи від кризового втручання до довготривалої психологічної підтримки, така допомога ветеранам включає і соціальну підтримку, надання послуг і допомоги в пошуку житла, допомога в працевлаштуванні.

Особливістю британського підходу є створення спеціалізованих реабілітаційних центрів, таких як Headley Court, які надають комплексну реабілітацію пораненим військовослужбовцям та ветеранам. Такі центри поєднують медичну реабілітацію з психологічною підтримкою, професійним навчанням та адаптивним спортом.

У Великій Британії значна увага приділяється науковим дослідженням у сфері психічного здоров'я військовослужбовців та ветеранів. К.К. Коенен та

співавтори відзначають, що Кінгс-коледж у Лондоні має спеціалізований центр досліджень психічного здоров'я військовослужбовців, який проводить довготривалі спостереження за ветеранами різних конфліктів [68, с.2268]. Результати цих досліджень використовуються для вдосконалення системи реадaptaції.

Досвід балканських країн, які пережили військові конфлікти в 1990-х роках, є особливо цінним для України, оскільки має схожий контекст – міжетнічний конфлікт у Європі, що супроводжувався значними втратами серед цивільного населення.

Т.М. Титаренко зазначає, що в Хорватії система реадaptaції комбатантів будувалася поступово, спочатку здебільшого зусиллями громадських організацій, а пізніше з активним залученням державних структур [56, с. 95]. Важливу роль у цьому процесі відіграли центри психосоціальної допомоги, які були створені при госпіталях та медичних центрах і надавали комплексну підтримку ветеранам та їхнім сім'ям.

М.І. Мушкевич та співавтори відзначають, що в Хорватії значна увага приділялася роботі з сім'ями комбатантів [34, с. 150]. Були розроблені спеціальні програми підтримки дружин та дітей ветеранів, що включали психоедукацію, консультування, групи взаємодопомоги. Такий підхід дозволив знизити рівень розлучень у сім'ях ветеранів та поліпшити психологічний клімат у родинях.

У Боснії і Герцеговині основним фокусом програм реадaptaції було подолання міжетнічної ворожнечі та сприяння примиренню. О.О. Буряк зі співавторами зазначає, що боснійський досвід показує важливість включення у програми реадaptaції комбатантів елементів, пов'язаних із примиренням та відновленням міжгрупової довіри [10, с. 180]. Цей досвід може бути особливо цінним для України, враховуючи характер конфлікту з росією.

Досвід Грузії у сфері реадaptaції комбатантів після конфлікту з росією в 2008 році також представляє інтерес для України, оскільки має схожий геополітичний контекст.

А.Й. Карачевський відзначає, що в Грузії були розроблені програми психологічної реабілітації, які фокусувалися на роботі з травмою та відновленні соціальних зв'язків [22, с. 35]. Однак через обмеженість ресурсів ці програми не мали системного характеру і охоплювали лише частину ветеранів.

Особливістю грузинського досвіду є активне залучення міжнародних організацій, таких як Міжнародний Комітет Червоного Хреста, Агентство ООН у справах біженців, до програм підтримки ветеранів. Ці організації надавали як фінансову, так і методичну підтримку, що дозволило впровадити ряд ефективних програм психосоціальної реабілітації.

На основі аналізу міжнародного досвіду можна виділити ряд принципів та стандартів, які визнаються ефективними у сфері реадaptaції комбатантів до цивільного життя.

К.Р. Бревін та співавтори виділяють такі ключові принципи [67, с.12-13]:

1. Комплексність та системність підходу, що передбачає поєднання медичної, психологічної, соціальної та професійної реабілітації.
2. Ранній початок реабілітаційних заходів, ще під час служби, що знижує ризик розвитку хронічних психологічних проблем.
3. Безперервність та етапність допомоги, що забезпечує наступність між різними етапами реабілітації та відсутність "розривів" у підтримці.
4. Індивідуальний підхід, що враховує особливості кожного комбатанта, його потреби, ресурси, характер бойового досвіду.
5. Залучення сім'ї до процесу реадaptaції, що підвищує ефективність психологічної підтримки та сприяє відновленню соціальних зв'язків.
6. Міждисциплінарний підхід, що передбачає співпрацю різних фахівців: психологів, психіатрів, соціальних працівників, реабілітологів, фахівців з працевлаштування тощо.
7. Науково-обґрунтовані методи лікування та реабілітації, ефективність яких доведена дослідженнями.

8. Акцент на ресурсах та сильних сторонах комбатанта, а не лише на подоланні проблем та дефіцитів.

9. Десигматизація психічних розладів та психологічної допомоги серед військовослужбовців та ветеранів.

М.М. Стінкамп та співавтори відзначають, що міжнародний досвід свідчить про ефективність таких терапевтичних підходів у роботі з комбатантами [70, с.493-494]:

- Когнітивно-поведінкова терапія, особливо пролонгована експозиція та когнітивна переробка;
- Десенсибілізація і переробка рухом очей (EMDR);
- Терапія прийняття та відповідальності (АСТ);
- Тренінг управління стресом;
- Міндфулнес-базовані підходи;
- Групова терапія, особливо за участю інших ветеранів;
- Сімейна терапія.

М.Д. Шерман та співавтори виділяють шість ключових доменів функціонування, на які мають бути спрямовані програми реадaptaції комбатантів:

1. Фізичне здоров'я та функціонування – реабілітація після фізичних травм, лікування хронічних захворювань, підтримання фізичної форми.
2. Психічне здоров'я та емоційне благополуччя – подолання ПТСР, депресії, тривожних розладів, підвищення психологічної стійкості.
3. Соціальні відносини та підтримка – відновлення сімейних стосунків, дружніх зв'язків, соціальної активності.
4. Зайнятість та кар'єра – працевлаштування, професійна реалізація, фінансова стабільність.
5. Освіта та розвиток – здобуття нових знань та навичок, підвищення кваліфікації, особистісний розвиток.

6. Громадянська участь та суспільний внесок – залучення до громадської діяльності, волонтерства, відчуття соціальної значущості.

Автори підкреслюють, що "реадаптація комбатантів є успішною лише тоді, коли вона охоплює всі ці домени, а не фокусується лише на окремих аспектах" [69, с.357-358].

Аналіз міжнародного досвіду реадаптації комбатантів дозволяє виділити ряд підходів та практик, які можуть бути ефективно адаптовані до українських реалій.

О.М. Кокун та співавтори зазначають, що для України особливо цінним є досвід країн, які стикалися з подібними викликами – тривалим військовим конфліктом на власній території, значною кількістю комбатантів, обмеженими ресурсами для реабілітації [23, с.150]. Автори підкреслюють, що "адаптація міжнародного досвіду має відбуватися з урахуванням українського контексту, традицій, культурних особливостей та специфіки поточного конфлікту".

П.В. Волошин та співавтори відзначають, що важливим завданням для України є створення цілісної системи реадаптації комбатантів, яка б поєднувала зусилля державних структур, громадських організацій, міжнародних партнерів [14, с. 70]. Така система має забезпечувати координацію між різними програмами та послугами, уникати дублювання зусиль та забезпечувати наступність допомоги.

Особливу увагу дослідники приділяють питанню подолання стигматизації психологічних проблем та психологічної допомоги серед військовослужбовців та ветеранів. О.С. Чабан та І.О. Франкова зазначають, що "для багатьох українських комбатантів звернення за психологічною допомогою пов'язане зі страхом стигматизації, сприймається як ознака слабкості" [59, с.16]. Автори пропонують використовувати досвід США та Великої Британії, де проводяться масштабні інформаційні кампанії, спрямовані на нормалізацію психологічних реакцій на бойовий стрес та заохочення до своєчасного звернення за допомогою.

Таким чином, міжнародний досвід реадаптації комбатантів до цивільного життя є важливим джерелом знань та практик, які можуть бути адаптовані до українських реалій. Ключовими елементами ефективної системи реадаптації є комплексний підхід, ранній початок реабілітаційних заходів, безперервність та індивідуалізація допомоги, залучення сім'ї, міждисциплінарний підхід, використання науково-обґрунтованих методів, акцент на ресурсах та сильних сторонах комбатанта, а також десигматизація психологічної допомоги. Впровадження цих принципів та підходів у практику роботи з українськими комбатантами сприятиме підвищенню ефективності їхньої реадаптації до цивільного життя в умовах триваючого збройного конфлікту.

Висновки розділу 1

У першому розділі магістерської роботи здійснено теоретичний аналіз проблеми реадаптації комбатантів до цивільного середовища під час російсько-української війни. На основі проведеного дослідження можна зробити такі висновки: реадаптація комбатантів – це багатовимірний процес відновлення психологічного та соціального функціонування військовослужбовців у цивільному середовищі після повернення із зони бойових дій, що включає переосмислення військового досвіду, подолання психологічних наслідків участі у бойових діях, відновлення міжособистісних стосунків та соціальних ролей, а також професійну реінтеграцію. Цей процес не є простим поверненням до довоєнного стану, а передбачає формування нових адаптивних механізмів з урахуванням набутого військового досвіду та змін, що відбулися з особистістю.

В умовах триваючого збройного конфлікту в Україні реадаптація має специфічні особливості, пов'язані з постійною загрозою відновлення активних бойових дій, що створює стан "тимчасовості мирного життя" та ускладнює повноцінну психологічну реінтеграцію.

Структура процесу реадaptaції містить чотири ключові компоненти: медико-психологічний компонент (психофізіологічна реадaptaція) - відновлення нормального фізіологічного функціонування організму; психологічний компонент (психологічна реадaptaція) - опрацювання травматичного досвіду, подолання тривожно-депресивних станів; соціально-психологічний компонент (соціально-психологічна реадaptaція) - відновлення міжособистісних стосунків, налагодження комунікації з цивільним оточенням; духовно-ціннісний компонент (соціальна реадaptaція) - відновлення соціального статусу, пошук сенсу пережитого досвіду, переосмислення ціннісних орієнтацій, інтеграція бойового досвіду в нову життєву історію. Середня тривалість активної фази реадaptaції становить від 6 місяців до 1,5 років після повернення із зони бойових дій, однак для тих, хто пережив інтенсивні бойові дії і має симптоми ПТСР, цей процес може тривати значно довше.

Аналіз сучасних наукових підходів до розуміння процесу реадaptaції військовослужбовців дозволив виділити три основні напрямки: клініко-психіатричний підхід, який розглядає реадaptaцію в контексті подолання психопатологічних наслідків бойового стресу; психологічний підхід, що фокусується на психологічних механізмах адаптації та реадaptaції; соціально-психологічний підхід, який розглядає реадaptaцію у контексті взаємодії комбатанта з соціальним середовищем. Найбільш ефективним є інтегративний підхід, який поєднує досягнення всіх зазначених напрямків і забезпечує комплексний вплив на різні аспекти функціонування особистості комбатанта.

У процесі реадaptaції комбатантів важливу роль відіграють такі психологічні чинники: індивідуально-психологічні особливості комбатанта (тип особистості, стресостійкість, життєстійкість, копінг-стратегії); характер та інтенсивність бойового досвіду; наявність та вираженість симптомів ПТСР та інших психологічних розладів; якість соціальної підтримки; сімейний статус, особливості ціннісно-сислової сфери; професійна самореалізація; відсутність залежностей, доступність та якість психологічної допомоги. Розуміння цих

чинників є важливим для розробки ефективних програм психологічної підтримки комбатантів.

Важливим аспектом реадaptaції комбатантів є робота з їхніми сім'ями, оскільки саме сімейне середовище є ключовим ресурсом підтримки для комбатанта. Встановлено, що повернення комбатанта в сім'ю супроводжується необхідністю перебудови сімейної системи, а психологічні зміни, які відбулися з комбатантом, можуть ускладнювати процес відновлення сімейних стосунків. Таким чином, програми психологічної допомоги повинні включати як індивідуальну роботу з комбатантом, так і сімейну терапію, спрямовану на відновлення здорового функціонування сімейної системи.

На основі проведеного теоретичного аналізу визначено, що для ефективної реадaptaції комбатантів в умовах триваючого збройного конфлікту в Україні необхідна розробка комплексної системи психологічної підтримки, яка враховує як універсальні закономірності процесу реадaptaції, так і специфічні особливості українського контексту. Така система повинна включати програми психоедукації, індивідуальної та групової психотерапії, сімейного консультування, професійної реінтеграції, а також заходи з десигматизації психологічних проблем та психологічної допомоги.

Проведений теоретичний аналіз створює підґрунтя для емпіричного дослідження психологічних чинників реадaptaції комбатантів до цивільного середовища під час російсько-української війни, що буде представлено у наступному розділі.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ РЕАДАПТАЦІЇ КОМБАТАНТІВ

2.1. Організація та методологія емпіричного дослідження

Другий розділ магістерської роботи присвячено емпіричному дослідженню психологічних чинників реадaptaції комбатантів до цивільного середовища в умовах російсько-української війни. Теоретичний аналіз, проведений у першому розділі, дозволив визначити, що психологічні проблеми, пов'язані з травматичним досвідом та його психологічними наслідками є однією з найвагоміших груп чинників, що впливають на процес реадaptaції комбатантів. Нижче будуть наведені результати емпіричного дослідження, що дали змогу підкреслити роль впливу тривоги, депресії та ПТСР (психологічних наслідків травматичного досвіду) на реадaptaцію комбатантів.

Вцілому емпіричне дослідження зосереджене на таких психологічних чинниках реадaptaції комбатантів, як психологічні наслідки травматичного досвіду та наявність соціальної підтримки, де дослідження зміни показника ПТСР, тривоги, депресії та окремих симптоматичних кластерів, розглядається як критерій успішності реадaptaції і є важливим кроком у розумінні психологічних механізмів реадaptaції та розробці ефективних програм психологічної підтримки військовослужбовців в умовах російсько-української війни.

Гіпотези емпіричного дослідження:

1. Більш юні комбатанти краще відновлюються, ніж старші (чинник-вік).
2. Ефективність реадaptaції комбатантів буде залежати від набутого бойового досвіду (чинник- бойовий досвід).

3.Комбатанти, що мають сім'ю (одружені або заміжні) схильні до швидшого відновлення (чинник-сімейний статус).

4.Наявність залежності від алкоголю та психоактивних речовин (ПАР) негативно впливає на реадаптацію комбатантів (чинник- залежність від ПАР).

Емпіричне дослідження психологічних чинників реадаптації комбатантів проводилось у три послідовні етапи:

Підготовчий етап (жовтень 2024 р.) включав:

- Формулювання дослідницької проблеми на основі аналізу наукової літератури
- Визначення методологічної бази дослідження
- Підбір діагностичного інструментарію з урахуванням специфіки досліджуваної групи
- Ознайомлення з методиками, що застосовуються на базі практики
- Розробку протоколу дослідження з дотриманням етичних принципів
- Підготовку бланків опитувальників та інформованої згоди

Основний етап (жовтень 2024 р. - лютий 2025 р.) охоплював:

- Проведення діагностики комбатантів за методиками HADS, PCL-5 та CAPS-5 при надходженні до кризового центру
- Повторне обстеження при завершенні програми психологічної допомоги
- Збір додаткової інформації через структуровані інтерв'ю та бесіди
- Первинну обробку отриманих даних
- Формування електронної бази даних з дотриманням принципів конфіденційності (Додатки А, Б, В, Г)

Аналітичний етап (березень 2025 р.) передбачав:

- Статистичну обробку отриманих емпіричних даних
- Аналіз динаміки показників до та після психологічної допомоги
- Виявлення взаємозв'язків між різними психологічними чинниками
- Систематизацію отриманих результатів
- Інтерпретацію результатів у контексті психологічної реадаптації

- Формулювання висновків та практичних рекомендацій

Дослідження проводилося на базі кризового центру психологічної допомоги, що забезпечило доступ до цільової групи та можливість динамічного спостереження за процесом реадаптації комбатантів. Загальна стратегія дослідження поєднувала кількісний та якісний підходи, що дозволило всебічно вивчити проблему психологічної реадаптації комбатантів та отримати комплексне розуміння досліджуваних психологічних чинників.

Характеристика вибірки дослідження

Дослідження проводилось на базі Київського міського кризового центру "Соціотерапія", де пацієнти проходили психологічну реабілітацію та психодіагностичне обстеження з метою виявлення психологічної травматизації за програмою Д.Ю.Старкова [54] (Додаток Д, Додаток Е). Емпіричною базою дослідження стали результати психодіагностичного обстеження пацієнтів центру, які перебували на стаціонарному лікуванні в період з 14.10.2024 по 28.02.2025. Загальний обсяг вибірки склав 111 осіб.

Вибірка дослідження характеризується значним переважанням чоловіків (92,8%), що відображає специфіку контингенту, який звертається за психологічною допомогою в умовах триваючої російсько-української війни. Жінки склали лише 7,2% від загальної кількості учасників дослідження (табл. 2.1):

Таблиця 2.1 - Соціально-демографічні маркери вибірки

Показник	Ознака	Кількість	Відсоток (%)
Стать	чоловіків	103	92,8
	жінок	8	7,2
Всього		111	100,0
Вік	До 20 років	2	1,8
	21-30 років	19	17,1
	31-40 років	38	34,2
	41-50 років-2	43	38,7
	51-60 років	9	8,1
	Всього	111	100,0

Професія	військові	97	87,4
	поліція	1	0,9
	цивільні	13	11,7
Всього		111	100,0

Віковий розподіл учасників дослідження представлений у табл. 2.1, розглядався як чинник впливу на реадаптацію. Переважна більшість досліджуваних (72,9%) належить до вікових груп 31-40 та 41-50 років, що відповідає демографічним характеристикам військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях (рис. 2.1):

Абсолютна більшість досліджуваних (87,4%) — це військовослужбовці, що відображає специфіку контингенту кризового центру, особливо після початку повномасштабної російсько-української війни у 2022 році (рис. 2.2):



Рисунок 2.1- Розподіл досліджуваних за віковими групами



Рисунок 2.2 - Розподіл досліджуваних за професійною приналежністю

Для забезпечення репрезентативності вибірки та достовірності отриманих результатів були визначені наступні критерії включення учасників у дослідження:

1. Добровільна згода на участь у дослідженні
2. Вік від 18 років
3. Наявність симптомів психологічної травматизації
4. Здатність адекватно сприймати та розуміти зміст діагностичних методик
5. Проходження повного циклу діагностики (первинне обстеження та повторне обстеження при виписці)

Критеріями виключення з дослідження були:

1. Наявність гострих психотичних станів
2. Тяжкі когнітивні порушення, що перешкоджають адекватному розумінню діагностичних методик
3. Наявність тяжких соматичних захворювань у стадії декомпенсації
4. Відмова від участі в дослідженні на будь-якому етапі
5. Неповне проходження діагностичних процедур.

Усі учасники дослідження були поінформовані про його мету, завдання та процедуру, і надали добровільну згоду на участь. Дослідження проводилося з дотриманням етичних принципів, включаючи конфіденційність та анонімність.

Вибірка дослідження (111 осіб) є репрезентативною для даного дослідження, бо переважна кількість чоловіків та жінок є військовослужбовцями (87,4%), віковий розподіл з переважанням вікових груп 31-40 та 41-50 років (сумарно 72,9%) відповідає демографічним характеристикам військовослужбовців, обсяг вибірки ($n=111$) є статистично достатнім для забезпечення достовірності отриманих результатів та можливості їх екстраполяції. Для психологічних досліджень вибірка обсягом понад 100 осіб вважається достатньою для проведення більшості статистичних процедур та отримання надійних результатів. Вибірка охоплює досліджуваних з різним досвідом участі у бойових діях (за тривалістю та інтенсивністю), різними соціально-демографічними характеристиками, що дозволяє аналізувати вплив цих факторів на процес реадaptaції.

Порівнюючи характеристики нашої вибірки з даними інших досліджень, зокрема з дослідженням Кокуна О.М. та співавторів " [23], можна відзначити схожі демографічні тенденції: переважання чоловіків серед військовослужбовців, найбільша представленість вікових груп 30-50 років, високий відсоток осіб із середньою спеціальною та вищою освітою.

Таким чином, вибірка нашого дослідження є достатньо репрезентативною для вивчення психологічних чинників реадaptaції комбатантів до цивільного середовища під час російсько-української війни та отримання достовірних результатів, що можуть бути застосовані до більш широкого контингенту військовослужбовців.

Застосовувався наступний психодіагностичний інструментарій:

1.Методика HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) (Додаток Б)- дозволяє виявити та оцінити тривожно-депресивну симптоматику, яка є частим коморбідним станом при ПТСР. Методика відрізняється високою надійністю, валідністю та не містить питань про соматичні симптоми, що важливо при роботі з військовослужбовцями, які можуть мати фізичні травми.

Метод дозволяє диференціювати норму (0-7 балів), субклінічно виражену (8-10 балів) та клінічно виражену (11-21 бал) тривогу і депресію.

Складається з 14 запитань, розділених на дві підшкали (по 7 запитань кожна).

Переваги в контексті дослідження: короткочасність заповнення, чутливість до змін емоційного стану в процесі психологічної допомоги, хороша диференціююча здатність.

Підшкала тривоги (HADS-A):

- 0-7 балів: норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги)
- 8-10 балів: субклінічно виражена тривога (пограничний стан)
- 11-21 бал: клінічно виражена тривога, необхідна консультація психіатра

Підшкала депресії (HADS-D):

- 0-7 балів: норма (відсутність достовірно виражених симптомів депресії)
- 8-10 балів: субклінічно виражена депресія (пограничний стан)
- 11-21 бал: клінічно виражена депресія, необхідна консультація психіатра

Для діагностики ПТСР використовувалися методики PCL-5 та CAPS-5, що були інтегровані в бланк -опитувальник пацієнта (**Додаток В, Г**) та застосовувались при надходженні пацієнта (первинне інтерв'ю) та опитування при виписці.

2.Методика PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5) (Додаток В): валідний інструмент для виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) за критеріями DSM-5, що дозволяє оцінити наявність та вираженість всіх кластерів симптомів (інтрузії, уникнення, негативні зміни в думках і настрої, підвищена збудливість і реактивність). Містить 20 запитань, що оцінюють симптоми ПТСР за 4 кластерами. Кластери симптомів:

1. Критерій В (Інтрузія) (питання 1-5): нав'язливі спогади про травму
2. Критерій С (Уникнення) (питання 6-7): уникнення нагадувань про травму
3. Критерій D (Негативізм) (питання 8-14): негативні зміни в думках і настрої
4. Критерій Е (Реактивність) (питання 15-20): підвищена збудливість та реактивність

Інтерпретація результатів:

Загальний бал: від 0 до 80 балів

Пороговий бал для діагностики ПТСР : ≥ 31 -33 бали

Для кожного кластеру симптомів визначають специфічні критерії відповідно до DSM-5.

Клінічно значуща зміна: зменшення на 10-20 балів

Перевага методики в контексті дослідження: здатність диференціювати різні компоненти ПТСР, що дозволяє точніше спрямовувати терапевтичні інтервенції та оцінювати їх ефективність за різними кластерами симптомів.

3.Методика CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5) (Додаток Г): є стандартом діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та широко визнається як один із найнадійніших клінічних інструментів оцінки симптомів ПТСР відповідно до критеріїв DSM-5.

CAPS-5 представляє собою структуроване клінічне інтерв'ю, яке проводиться кваліфікованим фахівцем. Методика складається з 30 пунктів, що дозволяють оцінити:

1. Критерій А: Вплив травматичної події
2. Критерій В: Симптоми повторного переживання (інтрузії)
3. Критерій С: Симптоми уникнення
4. Критерій D: Негативні зміни в думках і настрої
5. Критерій Е: Симптоми підвищеної збудливості
6. Критерій F: Тривалість симптомів
7. Критерій G: Функціональні порушення
8. Критерій Н: Виключення інших причин

CAPS-5 демонструє високі психометричні показники:

- Надійність: Висока внутрішня узгодженість (α Кронбаха > 0.88)
- Міжрейтерна надійність: Коефіцієнт кореляції > 0.90
- Конвергентна валідність: Висока кореляція з іншими методиками оцінки ПТСР (PCL-5, PDS)

- Дискримінантна валідність: Чітке розрізнення ПТСР від інших споріднених психічних розладів

Етичні аспекти дослідження:

1.Добровільність участі – всі пацієнти були поінформовані про участь у дослідженні та надали добровільну згоду.

2.Конфіденційність – дані опрацьовувались у знеособленому вигляді з дотриманням принципу конфіденційності.

3.Мінімізація додаткового навантаження – діагностичні методики інтегровані в загальний процес психологічної допомоги і не створюють додаткового психологічного навантаження для клієнтів.

4.Відповідність етичним принципам роботи психолога згідно з Етичним кодексом психолога та міжнародними стандартами проведення досліджень.

Для обробки та аналізу отриманих емпіричних даних було використано комплекс математико-статистичних методів, що відповідають меті та завданням дослідження. Статистична обробка результатів здійснювалася за допомогою програми Excel та Jamovi 2.3.28 та включала такі методи:

Методи описової статистики:

- Розрахунок середніх значень, стандартного відхилення, мінімальних та максимальних значень для кількісних показників ПТСР, тривоги, депресії та їх складових
- Визначення частотних розподілів для категоріальних змінних (рівні вираженості симптоматики, демографічні показники)
- Побудова графіків та діаграм для візуалізації отриманих результатів

Методи порівняльного аналізу:

- Парний t-критерій Стюдента для порівняння показників ПТСР, тривоги, депресії та їх складових до та після проходження програми психологічної допомоги

Методи дисперсійного аналізу (однофакторний дисперсійний аналіз).

Методи кореляційного аналізу.

Обраний комплекс статистичних методів дозволив провести всебічний аналіз отриманих даних та виявити як загальні тенденції, так і специфічні особливості впливу психологічних чинників на процес реадаптації комбатантів до цивільного життя.

Таким чином, важливість обраного напрямку дослідження підтверджується міжнародним досвідом. М.Д. Шерман, Дж. Ларсен та Л.М. Борден, аналізуючи американську систему реадаптації комбатантів, підкреслюють необхідність систематичного скринінгу на ПТСР та інші психічні розлади для всіх військовослужбовців, які повертаються з зони бойових дій. Такий підхід дозволяє своєчасно виявляти психологічні проблеми та розробляти індивідуалізовані програми психологічної допомоги.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

У рамках дослідження психологічних чинників реадаптації комбатантів було проведено комплексне психодіагностичне обстеження із використанням стандартизованих методик. Учасники дослідження проходили діагностику двічі: при надходженні до Київського міського кризового центру "Соціотерапія" (вхідні дані) та при завершенні програми психологічної допомоги (вихідні дані), що дозволило відстежити динаміку психологічних показників та оцінити ефективність психологічної допомоги, застосованої програми.

У цьому підрозділі представлено результати порівняльного аналізу вхідних та вихідних даних за показниками тривоги та депресії за методикою HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), а також загального балу та окремих симптоматичних кластерів за Шкалою PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5) та CAPS-5. Результати аналізу дозволяють виявити найбільш поширені психологічні проблеми комбатантів, оцінити їх вираженість та визначити ключові точки психологічної допомоги.

Важливою характеристикою вибірки, що аналізується, та чинником впливу на реадаптацію є наявність бойового досвіду пацієнтів, який оцінювався за самозвітами досліджуваних, внесеними при надходженні пацієнтів (на основі інтерв'ю) (табл. 2.2):

Таблиця 2.2 - Розподіл досліджуваних за наявністю бойового досвіду

Наявність бойового досвіду	Кількість осіб	Відсоток (%)
Висока	57	51,4
Середня	40	36,0
Відсутній	14	12,6
Всього	111	100,0

Даний розподіл здійснювався, за наступними критеріями: до високої – відносилися пацієнти, що мали поранення, контузії, ампутування, втрати внаслідок бойових дій; до середньої- відносилися військовослужбовці, що не зазнали поранень, контузій, ампутувань; відсутній бойовий досвід – до цієї категорії були віднесені цивільні, що не мали такого досвіду.

Фактично половина досліджуваних (51,4%) мають високий бойовий досвід, що передбачає безпосередню участь у важких бойових діях, досвід поранення, контузії, ампутування та втрати побратимів. Ця характеристика є важливим предиктором розвитку ПТСР та інших психологічних проблем, що впливають на процес реадаптації.

Наступним чинником впливу на реадаптацію комбатантів розглядалась залежність від алкоголю та психоактивних речовин (ПАР). При надходженні пацієнтів та проведенні первинного інтерв'ю фіксувалась наявність такої залежності, дані зазначені в табл. 2.3:

Таблиця 2.3 - Розподіл досліджуваних за наявністю залежності (ПАР)

Наявність залежності (ПАР)	Кількість осіб	Відсоток (%)
Вживає	27	24,3
Не вживає	84	75,7
Всього	111	100,0

Відповідно до даних таблиці: вживають психоактивні речовини чи алкоголь (ПАР) 24,3 % пацієнтів, в той час, як 75,7% зазначили, що не вживають.

Більшість учасників дослідження мають професійно-технічну або вищу освіту, що відповідає загальному освітньому рівню населення України.

Також, як чинник впливу на реадаптацію, фіксувався сімейний стан досліджуваних при додатковому анкетуванні (табл. 2.4). Він є важливим фактором, що може впливати на процес реадаптації, оскільки сімейна підтримка часто виступає ключовим ресурсом у подоланні психологічних проблем.

Таблиця 2.4 - Розподіл досліджуваних за сімейним станом

Сімейний стан	Кількість осіб	Відсоток (%)
Одружені/заміжні	86	77,5
Неодружені/незаміжні	25	22,5
Всього	111	100,0

Більшість досліджуваних (77,5 %) перебувають у шлюбі, що потенційно може бути сприятливим фактором для успішної реадаптації.

За критерій успішності реадаптації було обрано зміну показників тривоги, депресії, загального балу (ПТСР) та окремих симптоматичних кластерів.

Провівши аналіз результатів за показником Тривоги пацієнтів, порівнявши дані при надходженні і виписці, ми отримали наступні результати, наведені в табл.2.5 та на рис.2.3, рис.2.4:

Таблиця 2.5 - Результати за показником Тривоги:

Підшкала тривоги (HADS-A):	Вхідні Дані	%	Вихідні Дані	%
0-7 балів: норма	16	14,41	33	29,73
8-10 балів: пограничний стан	27	24,32	34	30,63

11-21 бал: клінічно виражена тривога	68	61,26	44	39,64
--------------------------------------	----	-------	----	-------



Рисунок 2.3 -Тривога. Вхідні дані пацієнтів



Рисунок 2.4 - Тривога. Вихідні дані пацієнтів

Аналізуючи дані, представлені в табл. 2.5, яка відображає результати за показником тривоги за шкалою HADS-A, можна простежити суттєву динаміку

покращення психоемоційного стану комбатантів після проходження психологічної реадаптації.

При вхідному тестуванні в більшості досліджуваних (61,26%) спостерігалась клінічно виражена тривога (11-21 бал), що свідчить про суттєве погіршення психологічного стану внаслідок перебування в бойових умовах. Пограничний стан тривоги (8-10 балів) був виявлений у 24,32% комбатантів, і лише 14,41% респондентів мали нормальні показники тривоги (0-7 балів).

Після проведення реадаптаційних заходів показники суттєво змінились у позитивному напрямку. Кількість осіб з клінічно вираженою тривогою зменшилась до 39,64%, що на 21,62% менше порівняно з початковими даними. Одночасно спостерігається зростання кількості комбатантів з пограничним станом тривоги до 30,63% (збільшення на 6,31%) та з нормальними показниками тривоги до 29,73% (збільшення на 15,32%).

Особливо значущим є збільшення більш ніж удвічі кількості осіб з нормальними показниками тривоги та суттєве зменшення кількості осіб з клінічно вираженими проявами тривоги. Це свідчить про позитивний вплив комплексу реадаптаційних заходів на психоемоційний стан військовослужбовців.

Аналіз результатів за показником Депресії пацієнтів дав наступні показники, відображені в табл.2.6 та на рис.2.5, рис.2.6:

Таблиця 2.6 - Результати за показником Депресії:

Підшкала Депресії (HADS-D):	Вхідні Дані	%	Вихідні Дані	%
0-7 балів: норма	15	13,51	44	39,64
8-10 балів: пограничний стан	36	32,43	27	24,32
11-21 бал: клінічно виражена депресія	60	54,05	40	36,04



Рисунок 2.5 - Депресія. Вхідні дані пацієнтів



Рисунок 2.6 - Депресія. Вихідні дані пацієнтів

Аналізуючи дані, представлені в табл.2.6, яка відображає результати за показником депресії за шкалою HADS-D, можна спостерігати значне покращення психоемоційного стану комбатантів після проходження програми психологічної реадaptaції.

При вхідному тестуванні більшість досліджуваних (54,05%) демонструвала клінічно виражену депресію (11-21 бал), що вказує на серйозні порушення емоційного благополуччя внаслідок травматичного досвіду.

Погранічний стан депресії (8-10 балів) був виявлений у 32,43% комбатантів, і лише 13,51% респондентів мали нормальні показники депресії (0-7 балів).

Після завершення реабілітаційних заходів спостерігається суттєва позитивна динаміка. Кількість осіб з клінічно вираженою депресією зменшилась до 36,04%, що на 18,01% менше порівняно з початковими даними. Одночасно відзначається зменшення кількості комбатантів з пограничним станом депресії до 24,32% (зниження на 8,11%) та значне збільшення осіб з нормальними показниками депресії до 39,64% (зростання на 26,13%).

Особливо вражаючим є майже трикратне збільшення кількості осіб з нормальними показниками депресії, що свідчить про високу ефективність проведених реабілітаційних заходів. Такі результати демонструють, що психологічна підтримка та реабілітаційна робота з комбатантами дозволяють суттєво знизити депресивні прояви та покращити загальний психоемоційний стан, що є надзвичайно важливим для успішної реінтеграції військовослужбовців у цивільне життя.

Проаналізували також результати по Загальному балу (для діагностування ПТСТ) – табл.2.7, рис.2.7, рис 2.8:

Таблиця 2.7 - Результати по загальному балу:

Загальний бал	Дані			%
	вхідні дані	%	вихідні дані	
0-30 балів - норма	12	10,81	44	39,64
31-33 бали- пороговий бал	9	8,11	5	4,50
від 33 балів – діагностика ПТСР	90	81,08	62	55,86

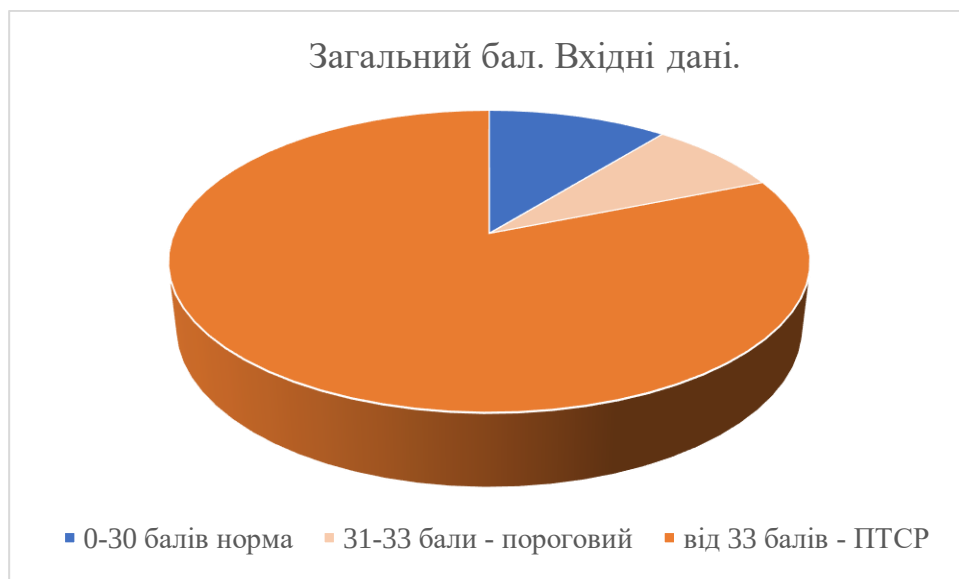


Рисунок 2.7 - Загальний бал. Вхідні дані пацієнтів

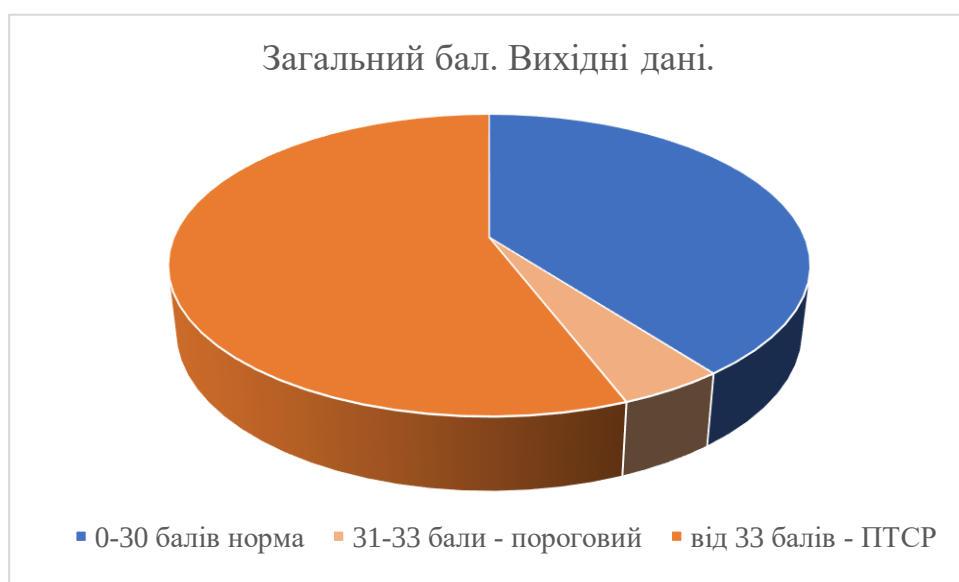


Рисунок 2.8 - Загальний бал. Вихідні дані пацієнтів

Аналізуючи дані, представлені в табл.2.7, яка відображає результати за загальним балом оцінки симптомів ПТСР, можна простежити значну динаміку покращення психологічного стану комбатантів після проходження програми реабілітації.

При вхідному тестуванні переважна більшість досліджуваних (81,08%) мала показники, що відповідають діагностичним критеріям ПТСР (від 33 балів), що свідчить про серйозний рівень психологічної травматизації внаслідок участі в бойових діях. Пороговий рівень (31-33 бали) був виявлений у 8,11%

комбатантів, і лише 10,81% респондентів демонстрували нормальні показники (0-30 балів).

Після проведення реабілітаційних заходів спостерігається суттєве покращення показників. Кількість осіб з діагностованим ПТСР зменшилась до 55,86%, що на 25,22% менше порівняно з початковими даними. Кількість комбатантів з пороговими значеннями знизилась до 4,50% (зменшення на 3,61%). Найбільш значущим є зростання кількості осіб з нормальними показниками до 39,64% (збільшення на 28,83%).

Особливо важливим є майже чотирикратне збільшення кількості комбатантів, які не виявляють клінічно значущих симптомів ПТСР. Ці результати демонструють високу ефективність проведених психологічних інтервенцій у зниженні проявів посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців.

Хоча більше половини учасників все ще мають клінічні прояви ПТСР після реабілітаційної програми, суттєве зменшення їх кількості свідчить про позитивну тенденцію і важливість продовження роботи з цією категорією комбатантів. Отримані результати підтверджують ефективність комплексного підходу до реабілітації та необхідність тривалого психологічного супроводу військовослужбовців, які пережили травматичні події під час бойових дій.

Були пораховані середні значення показників у вибірці за методиками HADS (шкала тривоги та депресії) та PCL-5, CAPS-5 (для оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу) щодо інших показників, що можуть впливати на реабілітацію, дані наведені в таблиці 2.8, рис.2.9:

Таблиця 2.8 - Статистика середнього значення показників :

Статистика середнього значення показників за методиками HADS та PCL-5, CAPS-5 (вхідні і вихідні дані)	Дані	
	вхідні дані	вихідні дані
Тривога	11,86	9,97

Депресія	11,23	9,23
Інтрुзія	12,13	9,66
Уникнення	4,17	4,00
Негативізм	16,38	12,97
Реактивність	14,69	10,70
Загальний бал	47,47	37,36

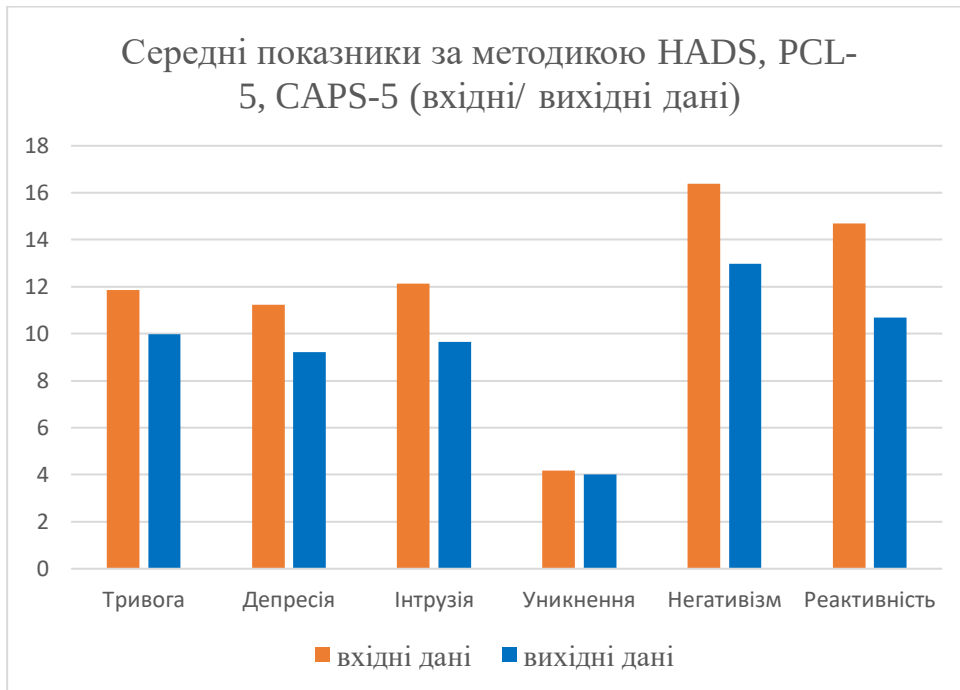


Рисунок 2.9 - Середні показники за методикою HADS, PCL-5, CAPS-5 (вхідні/ вихідні дані)

Представлені в Таблиці 2.8, яка відображає статистику середніх значень показників за методиками HADS, PCL-5 та CAPS-5, можна відзначити позитивну динаміку змін у психологічному стані комбатантів після проходження реабілітаційної програми.

При порівнянні вхідних та вихідних даних спостерігається зниження середніх показників за всіма досліджуваними параметрами. Зокрема, середній рівень тривоги зменшився з 11,86 до 9,97 балів (зниження на 15,9%), що свідчить про ефективність психологічної роботи, спрямованої на зменшення тривожних станів у комбатантів.

Показники депресії також демонструють позитивну динаміку зі зниженням від 11,23 до 9,23 балів (зменшення на 17,8%), що вказує на покращення

загального емоційного фону та зменшення депресивних проявів у досліджуваних.

Аналіз симптомів ПТСР також показує значне покращення. Зокрема, рівень інтрузії (нав'язливого повторного переживання травматичних спогадів) знизився з 12,13 до 9,66 балів (зменшення на 20,4%), що є суттєвим прогресом, враховуючи стійкість цього симптому до терапевтичного впливу.

Показник уникнення демонструє найменшу динаміку – зниження з 4,17 до 4,00 балів (зменшення лише на 4,1%), що може свідчити про те, що стратегії уникнення залишаються найбільш стійкими у структурі ПТСР і потребують більш тривалої та специфічної психологічної роботи, що відповідає даним наукової літератури про стійкість цих симптомів та потребу в більш тривалій та специфічно спрямованій терапії.

Значне зниження спостерігається за показниками негативізму (негативні зміни в мисленні та настрої) – з 16,38 до 12,97 балів (зменшення на 20,8%) та реактивності (підвищена збудливість та реактивність) – з 14,69 до 10,70 балів (зменшення на 27,2%). Ці результати свідчать про ефективність інтервенцій, спрямованих на когнітивно-поведінкові та емоційно-регуляторні аспекти посттравматичної симптоматики.

Загальний бал, який відображає інтегральний показник вираженості симптомів ПТСР, знизився з 47,47 до 37,36 балів (зменшення на 21,3%), що демонструє загальну ефективність проведених реадaptaційних заходів.

Таким чином, статистичний аналіз середніх значень показників підтверджує позитивний вплив психологічної реадaptaції на психоемоційний стан комбатантів, із найбільшою ефективністю щодо зниження реактивності, негативізму та інтрузивних симптомів ПТСР. Водночас результати вказують на необхідність приділення особливої уваги симптомам уникнення, які виявились найбільш резистентними до психологічних інтервенцій.

Проведений аналіз динаміки показників психологічного стану клієнтів Київського міського кризового центру "Соціотерапія" демонструє суттєве

покращення психоемоційного стану та зниження симптоматики ПТСР внаслідок отриманої психологічної допомоги, що свідчить про ефективність застосованих методів психологічної допомоги.

Перехід показників тривоги і депресії з клінічного на субклінічний рівень також підтверджує позитивний вплив наданої психологічної допомоги на емоційний стан клієнтів. Стійкість симптомів уникнення вказує на доцільність розробки додаткових терапевтичних стратегій, спеціально спрямованих на подолання цього компоненту ПТСР у подальшій роботі з подібним контингентом. Незважаючи на значне покращення, стану пацієнтів, за багатьма симптомами зберігаються високі показники, що вказує на необхідність продовження психологічної підтримки та, можливо, застосування додаткових терапевтичних підходів для більш повного відновлення психологічного благополуччя клієнтів.

Результати дослідження підтверджують ефективність роботи Київського міського кризового центру "Соціотерапія" з особами, які мають симптоми ПТСР та супутні психоемоційні порушення, особливо з військовослужбовцями середнього віку, які складають більшість клієнтів центру.

Перевірка результатів наведена в Додатку Є. Результати були перевірені в програмі Jamovi по t-критерію Стьюдента: Т-тест парних вибірок :

Таблиця 2.9. Підтвердження ефективності програми

	Середні показники			Порівняльний аналіз		
	Перший зріз	Другий зріз	Зміна показника	Критерій	Значущість (p-рівень)	Розмір ефекту
Тривога	11,86	9,97	1,89	4.757	< .001	0,4495
Депресія	11,23	9,23	2,00	5.639	< .001	0.5328
Інтрुзія	12,13	9,66	2,47	5.783	< .001	0.5489
Уникнення	4,17	4,00	0,17	0.859	0.392	0.0815
Негативізм	16,38	12,97	3,41	4.998	< .001	0.4744
Реактивність	14,69	10,70	3,99	7.140	< .001	0.6777
Загальний бал (ПТСР)	47,47	37,36	10,11	6.370	< .001	0.6046

Таким чином, дані, представлені в табл.2.9, демонструють статистично значущі покращення за більшістю досліджуваних параметрів психологічного стану комбатантів після проходження програми реадaptaції. Статистично достовірне зниження ($p < .001$) спостерігається за показниками тривоги, депресії, інтрузії, негативізму, реактивності та загального балу ПТСР, з розміром ефекту від середнього до великого (від 0.4495 до 0.6777). Особливо значними є зменшення реактивності (3,99 бала), негативізму (3,41 бала) та інтрузії (2,47 бала). Лише показник уникнення не виявив статистично значущих змін ($p = 0.392$), що вказує на стійкість цього симптому до психологічних інтервенцій. Зниження загального балу ПТСР на 10,11 бала зі значним розміром ефекту (0.6046) підтверджує ефективність розробленої програми психологічної реадaptaції комбатантів до цивільного середовища.

2.3. Визначення рівня реадaptaції комбатантів

Реадaptaція комбатантів до цивільного життя є складним багатовимірним процесом, який охоплює різні сфери функціонування особистості. На основі теоретичного аналізу, проведеного в першому розділі роботи, та враховуючи специфіку емпіричного дослідження, нами було визначено комплексні критерії оцінки рівня реадaptaції, які об'єднують як об'єктивні, так і суб'єктивні показники.

Відповідно до моделі, запропонованої Осьодлом В. І. та Будагьянц Л. М. реадaptaцію комбатантів доцільно оцінювати за чотирма основними компонентами:

1. Медико-психологічний компонент (Психофізіологічна реадaptaція)— відновлення нормального фізіологічного функціонування організму, нормалізація сну, апетиту, зниження рівня психофізіологічної напруги.

2. Психологічний компонент (Психологічна реадaptaція) – опрацювання травматичного досвіду, подолання тривожно-депресивних станів, відновлення емоційної рівноваги.
3. Соціально-психологічний компонент (Соціально-психологічна реадaptaція) – відновлення міжособистісних стосунків, налагодження комунікації з цивільним оточенням, подолання відчуження.
4. Духовно-ціннісний компонент (Соціальна реадaptaція) – відновлення соціального статусу, професійна реінтеграція, включення у громадську активність, пошук нового сенсу у житті.

Враховуючи наявні дані нашого дослідження ми застосували систему критеріїв для оцінки рівня психологічної реадaptaції комбатантів, які дозволяють інтегрувати результати діагностики ПТСР, тривоги та депресії в загальну оцінку успішності реадaptaційного процесу.

Так на основі наявних критеріїв можемо визначити три рівні реадaptaції комбатантів і подивитись на результати. Будемо вважати, що:

1. **Високий рівень реадaptaції** – характеризується значним зниженням або відсутністю клінічно значущих симптомів ПТСР (загальний бал PCL-5 < 31), нормальними показниками тривоги та депресії (HADS < 8), відновленням соціального функціонування та професійної активності.
2. **Середній рівень реадaptaції** – передбачає зниження симптомів ПТСР до субклінічного рівня (загальний бал PCL-5 31-40), субклінічний рівень тривоги та депресії (HADS 8-10), часткове відновлення соціального функціонування.
3. **Низький рівень реадaptaції** – характеризується збереженням клінічно значущих симптомів ПТСР (загальний бал PCL-5 > 40), клінічно вираженою тривогою та/або депресією (HADS > 10), значними труднощами в соціальному функціонуванні.

На основі визначених критеріїв було проведено оцінку рівня реадaptaції учасників дослідження на початку програми психологічної допомоги (вхідна діагностика) та після її завершення (вихідна діагностика).

Результати оцінки вхідного та вихідного рівня реадaptaції комбатантів представлені в табл. 2.12. Зважаючи на те, що маємо дані по пацієнтах наведені в табл.2.10, 2.11:

Таблиця 2.10 – Результати оцінки по HADS та PCL-5 (вхідні дані)

HADS	Вхідні дані		PCL-5	Вхідні дані	
	Кількість осіб	(%)		Кількість осіб	(%)
Високий	1	0,90	Високий	13	11,71
Середній	1	0,90	Середній	21	18,92
Низький	109	98,20	Низький	77	69,37
Всього	111	100,00		111	100,00

Таблиця 2.11 – Результати оцінки по HADS та PCL-5 (вихідні дані)

HADS	Вихідні дані		PCL-5	Вихідні дані	
	Кількість осіб	(%)		Кількість осіб	(%)
Високий	7	6,31	Високий	44	39,64
Середній	8	7,21	Середній	18	16,22
Низький	96	86,48	Низький	49	44,14
Всього	111	100,00		111	100,00

Для даних табл.2.12 беремо дані з табл.2.10 та табл.2.11. Так, високий рівень реадaptaції можуть мати лише особи, які одночасно мають високий рівень за HADS (1 особа - 0,90%) і високий рівень за PCL-5 (13 осіб - 11,71%). Оскільки критерії повинні виконуватись одночасно, ми маємо взяти мінімальну кількість, тобто лише 1 особу (0,90%). З середнім рівнем за HADS - 1 особа (0,90%), з середнім рівнем за PCL-5 - 21 особа (18,92%), тобто також- 1 особа (0,90%). Низький рівень реадaptaції - решта осіб, які мають низькі показники хоча б за однією зі шкал, тобто 109 осіб (98,20%).

Проте для коректного заповнення табл.2.12 потрібно враховувати кількість осіб, які одночасно мають відповідні показники за обома методиками.

Таблиця 2.12 - Розподіл досліджуваних за рівнем реадaptaції на початку програми та в кінці

Рівень реадaptaції	Вхідні дані		Вихідні дані	
	Кількість осіб	Відсоток (%)	Кількість осіб	Відсоток (%)
Високий	1	0,90	7	6,31
Середній	1	0,90	8	7,21
Низький	109	98,20	96	86,48
Всього	111	100,00	111	100,00

Таким чином, як видно з представлених даних, майже всі комбатанти та цивільні на момент звернення до Кризового центру демонструвала низький рівень реадaptaції, що проявлялося у клінічно значущих симптомах ПТСР, високих показниках тривоги та депресії, а також труднощах у соціальному функціонуванні. Лише 0,90% досліджуваних характеризувалися високим рівнем реадaptaції, що могло бути пов'язано з меншою інтенсивністю бойового досвіду (або його відсутністю), вищим рівнем психологічної стійкості або ефективнішою соціальною підтримкою. Лише 1 особа (0,90%) демонструвала високий рівень реадaptaції, 1 особа (0,90%) мала середній рівень реадaptaції і переважна більшість учасників - 109 осіб (98,20%) - проявляли низький рівень реадaptaції, згідно визначених нами критеріїв.

Ці дані свідчать про серйозні психологічні труднощі, з якими стикаються військовослужбовці після повернення з зони бойових дій, та про необхідність спеціалізованої психологічної допомоги.

Після проходження програми психологічної підтримки відзначається позитивна більш позитивна динаміка і кількість осіб з високим рівнем реадaptaції зросла до 7 (6,31%), що у 7 разів більше порівняно з початковим станом. Кількість пацієнтів із середнім рівнем реадaptaції збільшилась до 8 осіб (7,21%), що також демонструючи зростання у 8 разів. Кількість осіб з низьким рівнем реадaptaції зменшилась до 96 (86,48%), що на 11,72% менше в порівнянні з вхідними даними.

В будь-якому випадку, навіть, незважаючи на незначні результати, ми можемо говорити про позитивну динаміку і покращення психологічного стану комбатантів, що підтверджується збільшенням кількості осіб з високим та середнім рівнями реадaptaції на 13,52% (з 1,80% до 13,52%).

Дані табл. 2.12 свідчать про ефективність програми психологічної підтримки комбатантів, хоча й демонструють необхідність подальшої роботи для досягнення більш значущих результатів.

2.4. Визначення чинників реадaptaції комбатантів

Продовжуючи аналізувати дані дослідження Проаналізувавши динаміку психологічних показників комбатантів до та після проходження програми психологічної підтримки в кризовому центрі, важливо визначити, які саме чинники мають найбільший вплив на успішність покращення психологічного стану комбатантів та на реадaptaцію до цивільного життя.

Результати попередніх етапів дослідження демонструють різну інтенсивність змін за окремими показниками, що вказує на їх неоднакову роль у загальному процесі реадaptaції. Для розробки ефективних стратегій психологічного супроводу необхідно визначити провідні показники, які можуть слугувати ключовими точками для психологічних інтервенцій. У цьому контексті подальший аналіз спрямований на виокремлення найбільш значущих чинників та показників, що впливатимуть на реадaptaцію комбатантів.

Порівняльний аналіз показників пацієнтів чоловічого та жіночого роду не дав значущих відмінностей, з чого можна зробити висновок, що стать немає значення, впливу не виявлено. Дані наведені в табл.2.13 (Додаток Ж):

Таблиця 2.13 - Порівняння психологічних показників між чоловіками та жінками. Т-тест незалежних вибірок по критерію Манн-Уїтні

Показники	Середній показник		Манн-Уїтні U	Значущість різниці (p-рівень)	Розмір ефекту
	чоловіки	жінки			
Тривога (1 вимір)	11,85	12,13	382	0,736	-0,07282
Тривога (2 вимір)	10,10	8,38	322	0,306	0,21845
Зміна показника тривоги	1,75	3,75	329	0,345	-0,20146
Депресія (1 вимір)	11,22	11,38	411	0,995	-0,00243
Депресія (2 вимір)	9,28	8,63	398	0,877	0,03398
Зміна показника депресії	1,94	2,75	374	0,663	-0,09345
Інтрюзія (1 вимір)	12,3	11,29	296	0,432	0,17892
Інтрюзія (2 вимір)	9,75	8,50	351	0,489	0,14806
Зміна показника інтрюзії	2,55	1,38	370	0,635	0,10194
Уникнення (1 вимір)	4,23	3,86	340	0,800	0,05825
Уникнення (2 вимір)	4,06	3,25	325	0,320	0,21117
Зміна показника уникнення	0,18	0,13	406	0,950	0,01456
Негативізм (1 вимір)	16,49	17,14	333	0,736	-0,07767
Негативізм (2 вимір)	13,19	10,13	303	0,213	0,26578
Зміна показника негативізму	3,29	4,88	361	0,560	-0,12500
Реактивність (1 вимір)	14,97	12,71	255	0,195	0,29404
Реактивність (2 вимір)	10,93	7,75	281	0,134	0,31917
Зміна показника реактивності	4,04	3,38	405	0,936	0,01820
Загальний бал (ПТСР) (1 вимір)	48,10	45,00	300	0,459	0,16921
Загальний бал (ПТСР) (2 вимір)	38,00	29,13	287	0,154	0,30461
Зміна показника загального балу	10,10	10,25	401	0,905	-0,02670

Незважаючи на виявлені відмінності, порівняльний аналіз не виявив значущих розбіжностей ($p > 0,05$) між групами жінок та чоловіків за жодним із показників. Розміри ефекту для всіх порівнянь є малими (від -0,002 до 0,32), що підтверджує відсутність суттєвих гендерних відмінностей у реакції на програму психологічної підтримки. Для більш ґрунтовного вивчення саме гендерних відмінностей у процесі реадaptaції комбатантів доцільно збільшити кількість жінок у вибірці та застосувати додаткові методи аналізу.

Продовживши перевірку отриманих даних, ми порівняли показники пацієнтів, що служать у ЗСУ і цивільними особами (Додаток 3), провівши Т-тест незалежних вибірок по критерію Манн-Уїтні і отримали наступні результати табл.2.14 :

Таблиця 2.14 - Порівняння показників військовослужбовців (ЗСУ) та цивільних (не ЗСУ). Т-тест незалежних вибірок по критерію Манн-Уїтні

Показники	Середній показник		Манн-Уїтні U	Значущість різниці (p-рівень)	Розмір ефекту
	ЗСУ	Ні (цивільні)			
Тривога (1 вимір)	11,68	13,23	471	0,128	0,26060
Тривога (2 вимір)	10,04	9,46	601	0,744	0,05651
Зміна показника тривоги	1,64	3,77	477	0,142	0,25118
Депресія (1 вимір)	11,08	12,38	540	0,372	0,15306
Депресія (2 вимір)	9,25	9,15	631	0,960	0,00942
Зміна показника депресії	1,84	3,23	517	0,269	0,18917
Інтрुзія (1 вимір)	12,30	11,75	522	0,526	0,11310
Інтрुзія (2 вимір)	9,81	8,54	539	0,367	0,15463
Зміна показника інтрузії	2,49	2,31	634	0,978	0,00549
Уникнення (1 вимір)	4,35	3,08	403	0,075	0,31463
Уникнення (2 вимір)	4,14	2,92	441	0,070	0,30848
Зміна показника уникнення	0,20	-0,08	595	0,701	0,06593
Негативізм (1 вимір)	16,28	18,58	465	0,237	0,21003
Негативізм (2 вимір)	13,28	10,69	493	0,188	0,22606
Зміна показника негативізму	3,00	6,46	452	0,090	0,29042
Реактивність (1 вимір)	14,80	15,08	576	0,908	0,02126
Реактивність (2 вимір)	11,12	7,54	395	0,026	0,37991
Зміна показника реактивності	3,67	6,38	460	0,105	0,27786
Загальний бал (ПТСР) (1 вимір)	47,72	49,33	563	0,810	0,04337
Загальний бал (ПТСР) (2 вимір)	38,37	29,77	443	0,075	0,30534
Зміна показника загального балу	9,36	15,77	484	0,160	0,24097

Даний аналіз також показав відсутність значущих відмінностей- впливу не виявлено. В той же час можна відмітити, що на початку програми цивільні пацієнти демонстрували дещо вищі показники тривоги (13,23 проти 11,68),

депресії (12,38 проти 11,08) та негативізму (18,58 проти 16,28) порівняно з військовослужбовцями ЗСУ, що може свідчити про більш високий рівень психологічної травматизації у цій групі.

Обидві групи продемонстрували позитивну динаміку зниження симптомів психологічних розладів після проходження програми, проте в групі цивільних зміни були більш вираженими за більшістю показників, таких як : Тривога (зниження на 3,77 у не ЗСУ проти 1,64 у ЗСУ), Депресія (зниження на 3,23 у не ЗСУ проти 1,84 у ЗСУ), Негативізм (зниження на 6,46 у не ЗСУ проти 3,00 у ЗСУ), Реактивність (зниження на 6,38 у не ЗСУ проти 3,67 у ЗСУ), Загальний бал ПТСР (зниження на 15,77 у не ЗСУ проти 9,36 у ЗСУ).

Хоча різниця в динаміці змін між групами не досягає статистичної значущості за більшістю показників ($p > 0,05$), найближчими до статистично значущого рівня є різниці в змінах негативізму ($p = 0,090$) та реактивності ($p = 0,105$) з помірним розміром ефекту.

Особливістю є показник уникнення, що залишився майже незмінним і нечутливим до змін в обох групах, що підтверджує загальну тенденцію, виявлену в попередньому аналізі.

Далі, розглядаючи вплив соціальних чинників, був розглянутий вплив чиннику сімейного статусу пацієнтів на реадаптацію в табл.2.15 (Додаток I) -Т-тест незалежних вибірок по критерію Манн-Уїтні:

Таблиця 2.15 - Порівняння показників одружених (заміжніх) та не одружених (не заміжніх) пацієнтів. Т-тест незалежних вибірок по критерію Манн-Уїтні

Показники	Середній показник		Манн-Уїтні U	Значущість різниці (p-рівень)	Розмір ефекту
	о (одружені)	н/о (не одружені)			
Тривога (1 вимір)	11,91	11,72	1072	0,983	0,00326
Тривога (2 вимір)	9,81	10,52	1008	0,635	0,06279
Зміна показника тривоги	2,09	1,20	916	0,260	0,14837
Депресія (1 вимір)	11,02	11,96	900	0,216	0,16279
Депресія (2 вимір)	8,95	10,20	908	0,237	0,15581

Зміна показника депресії	2,07	1,76	1072	0,986	0,00279
Інтрюзія (1 вимір)	12,15	12,54	963	0,619	0,06686
Інтрюзія (2 вимір)	9,40	10,56	927	0,295	0,13814
Зміна показника інтрюзії	2,76	1,48	871	0,150	0,18977
Уникнення (1 вимір)	4,06	4,75	855	0,198	0,17151
Уникнення (2 вимір)	3,99	4,04	1060	0,915	0,01442
Зміна показника уникнення	0,07	0,52	1003	0,609	0,06744
Негативізм (1 вимір)	16,09	18,08	769	0,057	0,25484
Негативізм (2 вимір)	12,76	13,72	979	0,500	0,0893
Зміна показника негативізму	3,34	3,64	1025	0,726	0,04651
Реактивність (1 вимір)	14,67	15,38	930	0,462	0,09884
Реактивність (2 вимір)	10,64	10,92	1050	0,862	0,02326
Зміна показника реактивності	4,03	3,84	1065	0,944	0,00977
Загальний бал (ПТСР) (1 вимір)	47,12	50,71	835	0,155	0,19089
Загальний бал (ПТСР) (2 вимір)	36,81	39,24	990	0,551	0,07907
Зміна показника загального балу	10,30	9,44	1058	0,907	0,01581

Згідно p -рівня, впливу не виявлено. Відповідно до отриманих даних неодружені (незаміжні) комбатанти демонстрували дещо вищі показники психологічної симптоматики на початку дослідження, особливо за шкалами депресії (11,96 проти 11,02), негативізму (18,08 проти 16,09), уникнення (4,75 проти 4,06) та загальним балом ПТСР (50,71 проти 47,12). Це може свідчити про потенційний захисний фактор наявності сімейної підтримки для одружених (заміжніх) комбатантів.

Обидві групи досліджуваних продемонстрували позитивну динаміку зниження симптомів після проходження програми, проте з певними відмінностями:

Одружені (заміжні) пацієнти показали більш виражене зниження симптомів за шкалами тривоги (2,09 проти 1,20), депресії (2,07 проти 1,76), інтрюзії (2,76 проти 1,48) та загальним балом ПТСР (10,30 проти 9,44)

Неодружені (незаміжні) - продемонстрували більш виражене зниження за шкалами уникнення (0,52 проти 0,07) та негативізму (3,64 проти 3,34)

Попри позитивну динаміку в обох групах, у неодружених (незаміжніх) комбатантів залишаються вищі показники симптоматики після завершення програми за всіма шкалами, що може вказувати на потребу в додатковій підтримці для цієї групи та важливості соціального чинника при реадaptaції.

Проте жоден із показників не досяг статистично значущої різниці між групами ($p > 0,05$). Найближчим до значущого рівня був показник зміни інтрузії ($p = 0,150$, розмір ефекту = $0,190$) та початковий рівень негативізму ($p = 0,057$, розмір ефекту = $0,255$), що вказує на тенденції, які варто враховувати при подальших дослідженнях з більшими вибірками.

Найбільш помітна різниця в динаміці змін між групами спостерігається за шкалою інтрузії (2,76 у одружених (заміжніх) проти 1,48 у неодружених (не заміжніх)), що може свідчити про більшу ефективність програми у зниженні нав'язливих спогадів для комбатантів, які мають сімейну підтримку і підтримку соціуму в цілому.

Таким чином, виявлені тенденції вказують на важливість врахування сімейного статусу при розробці програм психологічної підтримки комбатантів. Для неодружених (не заміжніх) комбатантів доцільно розробити додаткові компоненти програми, спрямовані на посилення соціальної підтримки та розвиток навичок боротьби з нав'язливими спогадами. Варто розглянути можливість залучення членів сім'ї до процесу психологічної реадaptaції одружених (заміжніх) комбатантів, оскільки наявність сімейної підтримки демонструє потенційний позитивний вплив на ефективність психологічних інтервенцій.

Хоча відмінності між групами не досягають рівня статистичної значущості, виявлені тенденції підкреслюють роль сімейної підтримки і сімейного статусу як чинника успішності реадaptaції і потенційного захисного фактора у процесі психологічної реадaptaції комбатантів, що узгоджується з існуючими дослідженнями про важливість соціальних зв'язків у подоланні наслідків психологічної травми.

Далі розглянемо наступний чинник впливу на реадaptaцію комбатантів: наявність залежності від алкоголю та психоактивних речовин (ПАР) та її відсутність, що наведені в табл.2.16 (Додаток Ї).

Таблиця 2.16 - Порівняння показників пацієнтів із залежностями від алкоголю та психоактивних речовин (ПАР) та без. Т-тест незалежних вибірок по критерію Манн-Уїтні

Показники	Середній показник		Манн-Уїтні U	Значущість різниці (p-рівень)	Розмір ефекту
	вживає ПАР	н/в ПАР			
Тривога (1 вимір)	11,26	12,06	921	0,142	0,1883
Тривога (2 вимір)	10,07	9,94	1069	0,654	-0,0578
Зміна показника тривоги	1,19	2,12	987	0,312	0,1296
Депресія (1 вимір)	10,85	11,36	1068	0,651	0,0582
Депресія (2 вимір)	8,96	9,32	1093	0,777	0,0366
Зміна показника депресії	1,89	2,04	1100	0,814	-0,0304
Інтрुзія (1 вимір)	11,67	12,42	1011	0,446	0,0982
Інтрुзія (2 вимір)	8,96	9,88	993	0,333	0,1243
Зміна показника інтрузії	2,70	2,39	1043	0,531	-0,0807
Уникнення (1 вимір)	4,11	4,24	1059	0,669	0,0549
Уникнення (2 вимір)	3,63	4,12	994	0,332	0,1239
Зміна показника уникнення	0,48	0,07	1009	0,389	-0,1102
Негативізм (1 вимір)	15,63	16,82	955	0,251	0,1477
Негативізм (2 вимір)	12,93	12,99	1109	0,863	0,0225
Зміна показника негативізму	2,70	3,63	1018	0,425	0,1027
Реактивність (1 вимір)	14,19	15,04	968	0,288	0,1365
Реактивність (2 вимір)	10,85	10,65	1101	0,823	-0,0291
Зміна показника реактивності	3,33	4,20	1011	0,397	0,1089
Загальний бал (ПТСР) (1 вимір)	45,52	48,67	924	0,173	0,1754
Загальний бал (ПТСР) (2 вимір)	36,41	37,67	1084	0,734	0,0441
Зміна показника загального балу	9,11	10,43	1090	0,765	0,0388

Порівняння даних демонструє, що комбатанти, які не вживають алкоголь та психоактивні речовини (ПАР), мають дещо вищі початкові показники психологічної симптоматики за більшістю шкал: тривога (12,06 проти 11,26),

депресія (11,36 проти 10,85), інтрузія (12,42 проти 11,67), уникнення (4,24 проти 4,11), негативізм (16,82 проти 15,63), реактивність (15,04 проти 14,19) та загальний бал ПТСР (48,67 проти 45,52). Це дещо несподіваний результат, який може свідчити про використання алкоголю та ПАР як маладаптивного, але тимчасово ефективного способу зниження тривоги та інших симптомів.

Після проходження програми психологічної підтримки в обох групах спостерігається позитивна динаміка. При цьому комбатанти, які вживають ПАР, демонструють нижчі показники депресії (8,96 проти 9,32), інтрузії (8,96 проти 9,88), уникнення (3,63 проти 4,12) та загального балу ПТСР (36,41 проти 37,67), але дещо вищі показники тривоги (10,07 проти 9,94) та реактивності (10,85 проти 10,65).

Аналіз динаміки змін показує, що комбатанти, які не вживають ПАР, демонструють більш виражене зниження показників за шкалами тривоги (2,12 проти 1,19), депресії (2,04 проти 1,89), негативізму (3,63 проти 2,70), реактивності (4,20 проти 3,33) та загального балу ПТСР (10,43 проти 9,11). Натомість, комбатанти, які вживають ПАР, показують кращу динаміку за шкалами інтрузії (2,70 проти 2,39) та особливо уникнення (0,48 проти 0,07).

Статистичний аналіз не виявив значущих розбіжностей ($p > 0,05$) між групами комбатантів за жодним із показників. Розміри ефекту для всіх порівнянь є малими (від 0,023 до 0,19), що вказує на відсутність суттєвого впливу вживання ПАР на ефективність психологічної підтримки. Найбільший розмір ефекту спостерігається для показника тривоги (0,19), проте він все одно залишається в діапазоні малого ефекту.

Слід зауважити, що хоча статистично значущих відмінностей не виявлено, спостерігається тенденція до меншої динаміки змін у комбатантів, які вживають ПАР, за більшістю показників (за винятком інтрузії та уникнення). Це може свідчити про потенційно негативний вплив вживання алкоголю та ПАР на ефективність психологічних інтервенцій, хоча цей вплив є недостатньо вираженим, щоб досягти статистичної значущості. Щоб краще розібратися в

питанні – потрібні додаткові дослідження. Вагомим фактором даних результатів може бути те, що дослідження базується на самозвітах комбатантів щодо вживання ПАР, що може впливати на точність розподілу груп.

Наступним чинником впливу на реадaptaцію комбатантів розглядався бойовий досвід. Дані наведені в табл.2.17 (Додаток Й) - Однофакторний дисперсійний аналіз (Непараметричний) Крускал- Уолліс.

Таблиця 2.17 - Порівняння показників пацієнтів з різним рівнем бойового досвіду. Однофакторний дисперсійний аналіз (Непараметричний) Крускал- Уолліс

Показники	Статистика χ^2	Ступені свободи	Значущість (p-рівень)	Розмір ефекту (ϵ^2)
Вхідні дані				
Тривога	2,550	2	0,279	0,023
Депресія	0,914	2	0,633	0,008
Інтрюзія	1,264	2	0,532	0,012
Уникнення	3,268	2	0,195	0,030
Негативізм	3,036	2	0,219	0,028
Реактивність	0,094	2	0,954	0,001
Загальний бал (ПТСР)	0,575	2	0,750	0,005
Вихідні дані				
Тривога (2)	0,498	2	0,779	0,005
Депресія (2)	0,780	2	0,677	0,007
Інтрюзія (2)	0,693	2	0,707	0,006
Уникнення (2)	2,098	2	0,350	0,019
Негативізм (2)	0,947	2	0,623	0,009
Реактивність (2)	3,901	2	0,142	0,035
Загальний бал (2)	2,063	2	0,357	0,019
Зміна показників				
Зміна показника Тривоги	2,758	2	0,252	0,025
Зміна показника Депресії	0,467	2	0,792	0,004
Зміна показника Інтрюзії	0,488	2	0,784	0,004

Зміна показника Уникнення	0,603	2	0,740	0,005
Зміна показника Негативізму	2,736	2	0,255	0,025
Зміна показника Реактивності	1,437	2	0,488	0,013
Зміна загального балу	1,298	2	0,523	0,012

Результати однофакторного дисперсійного аналізу (тест Крускала-Уолліса) не виявили статистично значущих відмінностей ($p > 0,05$) між групами комбатантів з різним рівнем бойового досвіду (високий, середній, відсутній) за жодним із досліджуваних психологічних показників - ні в початкових значеннях, ні в показниках після програми, ні в динаміці змін. Розміри ефекту (ϵ^2) для всіх порівнянь є незначними (від 0,001 до 0,035), що свідчить про дуже слабкий вплив рівня бойового досвіду на психологічні показники комбатантів у контексті даного дослідження. Відповідно до загальноприйнятих інтерпретацій, значення $\epsilon^2 < 0,04$ вважаються малими ефектами.

Незважаючи на відсутність статистично значущих відмінностей, можна виділити деякі показники з відносно більшими розмірами ефекту: Реактивність після програми ($\epsilon^2 = 0,035$, $p = 0,142$), Уникнення на початковому етапі ($\epsilon^2 = 0,030$, $p = 0,195$), Негативізм на початковому етапі ($\epsilon^2 = 0,028$, $p = 0,219$), Зміна показника негативізму ($\epsilon^2 = 0,025$, $p = 0,255$), Зміна показника тривоги ($\epsilon^2 = 0,025$, $p = 0,252$).

Відсутність статистично значущих відмінностей між групами з різним рівнем бойового досвіду може свідчити про універсальність застосованої програми психологічної підтримки. Це можна інтерпретувати як позитивний аспект, оскільки програма демонструє ефективність незалежно від інтенсивності бойового досвіду комбатантів.

Загалом, результати аналізу вказують на те, що рівень бойового досвіду не є визначальним фактором, що впливає на психологічний стан комбатантів та ефективність їхньої реадаптації до цивільного життя в контексті даного

дослідження. Це підкреслює важливість індивідуалізованого підходу до психологічної підтримки комбатантів, який враховує комплекс різноманітних чинників, а не лише інтенсивність їхнього бойового досвіду.

Кореляційний аналіз, зазначений в табл.2.18 (Додаток II), дав наступні результати:

Таблиця 2.18 - Кореляційні взаємозв'язки між віком та психологічними показниками комбатантів (Кореляційна матриця за коефіцієнтом кореляції Спірмена)

Показники	Вік	Рівень значущості
Тривога (1 вимір)	-0,087	-
Тривога (2 вимір)	0,018	-
Зміна показника тривоги	0,001	-
Депресія (1 вимір)	-0,141	-
Депресія (2 вимір)	0,034	-
Зміна показника депресії	-0,161	-
Інтрюзія (1 вимір)	-0,187	-
Інтрюзія (2 вимір)	-0,036	-
Зміна показника інтрузії	-0,037	-
Уникнення (1 вимір)	-0,159	-
Уникнення (2 вимір)	0,039	-
Зміна показника уникнення	-0,131	-
Негативізм (1 вимір)	-0,246	**
Негативізм (2 вимір)	-0,02	-
Зміна показника негативізму	-0,138	-
Реактивність (1 вимір)	-0,159	-
Реактивність (2 вимір)	0,062	-
Зміна показника реактивності	-0,125	-
Загальний бал (1 вимір)	-0,233	*
Загальний бал (2 вимір)	0,017	-
Зміна показника загального балу	-0,12	-

*Примітка: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Згідно кореляційного аналізу виявлено значущі негативні кореляції віку з показниками негативізму ($r = -0.246$, $p < .01$) та загальним балом ПТСР ($r = -0.233$, $p < .05$). Це може свідчити про те, що старші комбатанти демонструють дещо менший рівень негативних когнітивних змін та загальної симптоматики ПТСР, можливо, через більший життєвий досвід та розвиненіші навички подолання стресу (особливо це спостерігається на вхідних даних – коли пацієнти лише звернулися до кризового центру і ще не отримали допомоги).

Виявлено сильні позитивні кореляції між початковими та кінцевими показниками за всіма шкалами (від $r = 0.326$ до $r = 0.866$, $p < .001$), що свідчить про певну стійкість симптомів, незважаючи на позитивну динаміку в результаті психологічних інтервенцій.

Також цікавим є взаємозв'язок віку та інтрузії: чим старший вік комбатантів, тим менше вони підлягають інтрузії, менш до неї вразливі. Спостерігаються сильні позитивні кореляції між різними симптомами ПТСР, особливо між інтрузією та реактивністю ($r = 0.756$, $p < .001$), негативізмом та загальним балом ПТСР ($r = 0.933$, $p < .001$), що підтверджує комплексний характер посттравматичної симптоматики.

Важливо зауважити, що зміни показників за різними шкалами корелюють між собою. Наприклад, зміна інтрузії позитивно корелює зі зміною загального балу ПТСР ($r = 0.791$, $p < .001$), а зміна негативізму — зі зміною загального балу ($r = 0.883$, $p < .001$), що вказує на взаємопов'язаність терапевтичного впливу на різні аспекти ПТСР.

Початковий рівень депресії демонструє негативну кореляцію зі змінами показників негативізму ($r = -0.420$, $p < .001$), реактивності ($r = -0.308$, $p < .001$) та загального балу ПТСР ($r = -0.409$, $p < .001$), що може свідчити про те, що вищий рівень депресії на початку може бути предиктором меншої ефективності психологічних інтервенцій.

Найсильніша кореляція спостерігається між зміною негативізму та зміною загального балу ПТСР ($r = 0.883$, $p < .001$), що вказує на центральну роль зниження негативних когнітивних змін у загальному процесі реадaptaції комбатантів.

В той же час відсутність значущих кореляцій віку зі змінами показників свідчить про те, що ефективність програми психологічної підтримки не залежить істотно від віку комбатантів, що є позитивним фактором для застосування програми для різних вікових груп.

Таким чином, ці результати підкреслюють важливість комплексного підходу до психологічної реадaptaції комбатантів, з особливою увагою до роботи з негативними когнітивними змінами та депресивною симптоматикою, які можуть бути ключовими компонентами успішної реадaptaції.

На основі проведеного дослідження виявлено ключові психологічні чинники, що мають найбільший вплив на процес реадaptaції комбатантів. Кореляційний аналіз продемонстрував, що провідними предикторами ефективності реадaptaції є рівень негативізму ($r = 0.883$, $p < .001$) та реактивності ($r = 0.864$, $p < .001$), зміни яких найсильніше корелюють із загальним покращенням психологічного стану. Особливу увагу привертає той факт, що початковий рівень депресії негативно корелює з динамікою показників у процесі психологічного супроводу ($r = -0.409$, $p < .001$), виступаючи потенційним бар'єром для успішної реадaptaції.

Аналіз демографічних показників виявив, що вік комбатантів негативно корелює з початковим рівнем негативізму ($r = -0.246$, $p < .01$) та загальним балом ПТСР ($r = -0.233$, $p < .05$), що може свідчити про вищу психологічну стійкість старших за віком військовослужбовців. Сімейний статус також виявився значущим фактором – одружені комбатанти демонструють кращу динаміку в подоланні симптомів інтрузії (2,76 проти 1,48 бала) порівняно з неодруженими.

Інтенсивність бойового досвіду позитивно корелює з початковим рівнем симптоматики, проте не є визначальним фактором успішності реадaptaції.

Найбільш резистентним до психологічних інтервенцій виявився симптом уникнення, що підтверджується найменшою динамікою змін цього показника в усіх досліджуваних групах.

Таким чином, успішна реадaptaція комбатантів до цивільного середовища найбільше залежить від ефективності роботи з негативними когнітивними змінами та надмірною реактивністю, а також від своєчасного виявлення та корекції депресивної симптоматики. Соціальна підтримка, особливо з боку сім'ї та відсутність залежностей виступають ресурсом, що підвищує ефективність психологічного супроводу. В той же час слід відмітити важливість індивідуалізованого підходу до психологічної підтримки комбатантів, який враховує комплекс різноманітних чинників.

2.5. Рекомендації щодо оптимізації психологічного супроводу комбатантів у процесі їх реадaptaції до цивільного середовища

Як свідчать дослідження, наведені в попередніх розділах, чинники, що сприяють успішній реадaptaції комбатантів- це і ефективна психологічна допомога (на прикладі кризового центру "Соціотерапія"), спрямована на опрацювання травматичного досвіду, і соціальна підтримка з боку сім'ї та близького оточення, відсутність залежності від алкоголю та психоактивних речовин, а також відкритість до отримання психологічної допомоги, збереження зв'язків з побратимами при формуванні нових соціальних контактів, і осмислення військового досвіду та інтеграція його в свою нову життєву історію.

Серед перешкоджаючих чинників присутні і висока інтенсивність бойового досвіду, соціальна ізоляція, зловживання алкоголем та психоактивними речовинами, стигматизація психологічної допомоги.

Провівши півроку на базі практики в Київському міському кризовому центрі "Соціотерапія", де і було виконано емпіричне дослідження, можна лише

підтвердити значущість та ефективність методики, розробленої за програмою Дениса Юрійовича Старкова.

В той же час, спілкуючись з комбатантами, провівши додаткові опитування, та спостерігаючи динаміку терапевтичного процесу, можна зауважити наступні рекомендації для покращення програми, які були надані керівнику практики- психотерапевту та його команді:

1) Пріоритезувати заходи на основі виявлених у дослідженні проблемних зон, особливо стосовно симптомів уникнення;

2) Впроваджувати заходи поетапно, починаючи з найбільш поширених вікових груп (31-50 років);

3) Проводити регулярний моніторинг ефективності впроваджених психопрофілактичних заходів та вносити корективи за потреби;

4) Враховувати гендерну специфіку цільової аудиторії при розробці програм профілактики, з особливим фокусом на чоловіків, які становлять переважну більшість клієнтів центру;

5) Впровадити протоколи терапії, орієнтованої на обробку травми (Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy, EMDR), які довели свою ефективність при роботі з ПТСР у військовослужбовців;

6) Створити електронну систему моніторингу для аналізу великих масивів даних та оптимізації терапевтичних підходів;

7) Забезпечити регулярні супервізії для підтримки професійного рівня психологів та запобігання їх вигоранню;

8) Запровадити програми підтримки комбатантів після завершення основного курсу терапії для запобігання рецидивам;

9) Ввести фізичні вправи та програми з фізичної реабілітації на постійній основі;

10) Додати більшу кількість Арттерапії, що має позитивні відгуки з боку опитаних комбатантів.

Впровадження цих рекомендацій сприятиме підвищенню ефективності психологічної допомоги, що надається в Київському міському кризовому центрі "Соціотерапія", та покращенню якості психосоціальної реабілітації військовослужбовців з симптомами ПТСР та супутніми тривожно-депресивними розладами.

Висновки розділу 2

У другому розділі було представлено емпіричне дослідження психологічних чинників реадаптації комбатантів до цивільного середовища під час російсько-української війни. На основі отриманих результатів можна зробити наступні висновки.

Гіпотези, емпіричного дослідження, заялені на початку – підтвердилися частково:

- 1.Більш юні комбатанти краще відновлюються, ніж старші (чинник-вік)- не підтвердилася.
- 2.Ефективність реадаптації комбатантів буде залежати від набутого бойового досвіду (чинник- бойовий досвід)- не підтвердилася.
- 3.Комбатанти, що мають сім'ю (одружені або заміжні) схильні до швидшого відновлення (чинник-сімейний статус)- підтвердилася.
- 4.Наявність залежності від алкоголю та психоактивних речовин (ПАР) негативно впливає на реадаптацію комбатантів (чинник- залежність від ПАР)- підтвердилася частково.

Дослідження охопило 111 людей, серед яких більшість - 57 (51,4%) мали високий рівень бойового досвіду, 40 людей (36,0%) - середній, і лише 14 людей (12,6%) не мали безпосереднього бойового досвіду, що підтверджує репрезентативність вибірки для вивчення процесів реадаптації в умовах триваючого збройного конфлікту.

Початкова діагностика засвідчила критично низький рівень реадaptaції у переважної більшості комбатантів (98,2% досліджуваних), що проявлялося у клінічно значущих симптомах ПТСР, високих показниках тривоги та депресії. На момент звернення до Кризового центру 61,26% учасників мали клінічно виражену тривогу, 54,05% - клінічно виражену депресію, а 81,08% відповідали діагностичним критеріям ПТСР.

Впроваджена програма психологічної підтримки продемонструвала статистично значущу ефективність. Після її проходження спостерігалось достовірне зниження ($p < .001$) показників тривоги, депресії, інтрузії, негативізму, реактивності та загального балу ПТСР з розміром ефекту від середнього до великого (від 0.4495 до 0.6777). Найбільш виражена позитивна динаміка спостерігалась у зниженні реактивності (3,99 бала), негативізму (3,41 бала) та інтрузії (2,47 бала).

Симптом уникнення виявився найбільш резистентним до психологічних інтервенцій, демонструючи статистично незначущі зміни ($p = 0.392$). Це підтверджує необхідність розробки спеціалізованих підходів для роботи з цим компонентом ПТСР у комбатантів.

Після завершення програми кількість осіб з високим рівнем реадaptaції зросла у 7 разів (з 0,9% до 6,31%), з середнім рівнем - у 8 разів (з 0,9% до 7,21%), а кількість осіб з низьким рівнем знизилась на 11,72% (з 98,2% до 86,48%). Загалом частка комбатантів з високим та середнім рівнями реадaptaції зросла на 11,72%.

Виявлені, в процесі дослідження тенденції вказують на важливість врахування сімейного статусу при розробці програм психологічної підтримки комбатантів. Для неодружених (не заміжніх) комбатантів доцільно розробити додаткові компоненти програми, спрямовані на посилення соціальної підтримки та розвиток навичок боротьби з нав'язливими спогадами, оскільки наявність сімейної підтримки демонструє потенційний позитивний вплив на ефективність психологічних інтервенцій.

Кореляційний аналіз виявив провідні психологічні чинники успішної реадаптації. Найсильніший зв'язок із загальним покращенням психологічного стану продемонстрували зміни рівня негативізму ($r = 0.883$, $p < .001$) та реактивності ($r = 0.864$, $p < .001$), що вказує на їх ключову роль у процесі реадаптації.

Встановлено, що початковий рівень депресії негативно корелює з динамікою показників у процесі психологічного супроводу ($r = -0.409$, $p < .001$), виступаючи потенційним бар'єром для успішної реадаптації. Це підкреслює необхідність приділяти особливу увагу виявленню та корекції депресивної симптоматики на початкових етапах психологічної допомоги.

Аналіз демографічних показників виявив, що вік комбатантів негативно корелює з початковим рівнем негативізму ($r = -0.246$, $p < .01$) та загальним балом ПТСР ($r = -0.233$, $p < .05$), що може свідчити про більшу психологічну стійкість старших військовослужбовців. Сімейний статус також є значущим фактором - одружені комбатанти демонструють кращу динаміку в подоланні симптомів інтрузії порівняно з неодруженими (2,76 проти 1,48 бала).

Хоча інтенсивність бойового досвіду позитивно корелює з початковим рівнем симптоматики, вона не є визначальним фактором успішності реадаптації, що узгоджується з міжнародними дослідженнями, які підкреслюють важливість індивідуальних психологічних особливостей та соціальної підтримки.

Таким чином, проведене дослідження підтвердило ефективність впровадженої програми психологічної підтримки комбатантів та дозволило виявити психологічні чинники, які впливають на успішність реадаптації, що може бути використано для вдосконалення системи психологічної допомоги учасникам бойових дій в умовах триваючої російсько-української війни. Успішна реадаптація комбатантів до цивільного середовища найбільше залежить від ефективності роботи з негативними когнітивними змінами та надмірною реактивністю, а також від своєчасного виявлення та корекції депресивної симптоматики. Соціальна підтримка, особливо з боку сім'ї, виступає важливим

ресурсом, що підвищує ефективність психологічного супроводу, так само як і відсутність залежності від алкоголю та психоактивних речовин (ПАР).

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дозволило визначити психологічні чинники, що впливають на процес реадаптації комбатантів до цивільного життя в умовах триваючої російсько-української війни. Встановлено, що ефективність реадаптації залежить від комплексу взаємопов'язаних факторів, включаючи індивідуально-психологічні особливості, характер травматичного досвіду, якість соціальної підтримки, ціннісно-сміслові трансформації, можливості професійної реалізації та доступність психологічної допомоги. Особливістю нинішньої ситуації є те, що процес реадаптації відбувається в умовах триваючого конфлікту, що створює додаткові психологічні виклики. Це вимагає розробки спеціалізованих підходів до психологічної підтримки комбатантів з урахуванням специфіки українського контексту. Результати дослідження мають потенціал для подальших досліджень та аналізу, та можуть бути використані для вдосконалення системи психологічної допомоги учасникам бойових дій в Україні.

Відповідно до поставленої мети, в процесі роботи були виконані наступні завдання дослідження:

1. Специфіка проблеми реадаптації комбатантів в умовах російсько-української війни полягає в наступному:

реадаптація комбатантів – це багатовимірний процес відновлення психологічного та соціального функціонування військовослужбовців у цивільному середовищі після повернення із зони бойових дій, що включає переосмислення військового досвіду, подолання психологічних наслідків участі у бойових діях, відновлення міжособистісних стосунків та соціальних ролей, а також професійну реінтеграцію. Цей процес не є простим поверненням до довоєнного стану, а передбачає формування нових адаптивних механізмів з урахуванням набутого військового досвіду та змін, що відбулися з особистістю.

Ключовими елементами ефективної системи реадаптації є комплексний підхід, ранній початок реабілітаційних заходів, безперервність та індивідуалізація допомоги, залучення сім'ї, міждисциплінарний підхід, використання науково-обґрунтованих методів, акцент на ресурсах та сильних сторонах комбатанта, а також десигматизація психологічної допомоги.

В умовах триваючого збройного конфлікту в Україні реадаптація має специфічні особливості, пов'язані з постійною загрозою відновлення активних бойових дій, що створює стан "тимчасовості мирного життя" та ускладнює повноцінну психологічну реадаптацію та реінтеграцію комбатантів.

2. Визначено й систематизовано психологічні чинники, що впливають на процес реадаптації комбатантів до цивільного середовища.

У процесі реадаптації комбатантів важливу роль відіграють такі психологічні чинники: індивідуально-психологічні особливості комбатанта (тип особистості, стресостійкість, життестійкість, копінг-стратегії); характер та інтенсивність бойового досвіду; наявність та вираженість симптомів ПТСР та інших психологічних розладів; якість соціальної підтримки; особливості ціннісно-смислової сфери; професійна самореалізація; доступність та якість психологічної допомоги. Розуміння цих чинників є важливим для розробки ефективних програм психологічної підтримки комбатантів.

Таким чином, визначено шість груп ключових психологічних чинників, що впливають на процес реадаптації комбатантів, як то:

1. Індивідуально – психологічні чинники;
2. Травматичний досвід та його психологічні наслідки, зі значущим впливом тривоги, депресії, та ПТСР на реадаптацію комбатантів;
3. Соціальна підтримка (з боку сім'ї та соціуму в цілому);
4. Ціннісно смислові трансформації;
5. Професійна реалізація;
6. Доступність та якість психологічної допомоги.

І визначено вплив таких чинників як : вік, стать, род діяльності (військові чи ні), інтенсивність бойового досвіду, сімейний статус, вживання алкоголю та психоактивних речовин (ПАР).

3. На основі емпіричного дослідження визначено ступінь поширеності симптомів посттравматичного стресового розладу, тривоги та депресії серед комбатантів, які повернулися до цивільного життя.

Дослідження охопило 111 людей, серед яких більшість - 57 (51,4%) мали високий рівень бойового досвіду, 40 людей (36,0%) - середній, і лише 14 людей (12,6%) не мали безпосереднього бойового досвіду, що підтверджує репрезентативність вибірки для вивчення процесів реадaptaції в умовах триваючого збройного конфлікту.

На момент звернення до Кризового центру 61,26% учасників мали клінічно виражену тривогу, 54,05% - клінічно виражену депресію, а 81,08% відповідали діагностичним критеріям ПТСР.

4. Визначено чинники, що впливають на процес реадaptaції українських комбатантів.

Досліджена програма психологічної підтримки продемонструвала статистично значущу ефективність. Після її проходження спостерігалось достовірне зниження ($p < .001$) показників тривоги, депресії, інтрузії, негативізму, реактивності та загального балу ПТСР з розміром ефекту від середнього до великого (від 0.4495 до 0.6777). Найбільш виражена позитивна динаміка спостерігалась у зниженні реактивності (3,99 бала), негативізму (3,41 бала) та інтрузії (2,47 бала).

Симптом уникнення виявився найбільш резистентним до психологічних інтервенцій, демонструючи статистично незначущі зміни ($p = 0.392$). Це підтверджує необхідність розробки спеціалізованих підходів для роботи з цим компонентом ПТСР у комбатантів.

Кореляційний аналіз виявив наступні психологічні чинники успішної реадaptaції. Найсильніший зв'язок із загальним покращенням психологічного

стану продемонстрували зміни рівня **негативізму** ($r = 0.883$, $p < .001$) та **реактивності** ($r = 0.864$, $p < .001$), що вказує на їх ключову роль у процесі реадaptaції.

Встановлено, що початковий рівень **депресії** негативно корелює з динамікою показників у процесі психологічного супроводу ($r = -0.409$, $p < .001$), виступаючи потенційним бар'єром для успішної реадaptaції. Це підкреслює необхідність приділяти особливу увагу виявленню та корекції депресивної симптоматики на початкових етапах психологічної допомоги.

Аналіз **демографічних показників** виявив, що вік комбатантів негативно корелює з початковим рівнем негативізму ($r = -0.246$, $p < .01$) та загальним балом ПТСР ($r = -0.233$, $p < .05$), що може свідчити про більшу психологічну стійкість старших військовослужбовців. **Сімейний статус** також є значущим фактором - одружені комбатанти демонструють кращу динаміку в подоланні симптомів інтрузії порівняно з неодруженими (2,76 проти 1,48 бала).

Успішна реадaptaція комбатантів до цивільного середовища найбільше залежить від ефективності роботи з негативними когнітивними змінами та надмірною реактивністю, а також від своєчасного виявлення та корекції депресивної симптоматики. Соціальна підтримка, особливо з боку сім'ї, виступає важливим ресурсом, що підвищує ефективність психологічного супроводу, так само як і відсутність залежності від алкоголю та психоактивних речовин (ПАР).

5.Сформульовані рекомендації щодо оптимізації психологічного супроводу комбатантів у процесі їхньої реадaptaції до цивільного середовища, які були надані керівнику практики- психотерапевту та його команді в Київському міському кризовому центрі "Соціотерапія", а саме:

1) Пріоритезувати заходи на основі виявлених у дослідженні проблемних зон, особливо стосовно симптомів уникнення;

2) Впроваджувати заходи поетапно, починаючи з найбільш поширених вікових груп (31-50 років);

3) Проводити регулярний моніторинг ефективності впроваджених психопрофілактичних заходів та вносити корективи за потреби;

4) Враховувати гендерну специфіку цільової аудиторії при розробці програм профілактики, з особливим фокусом на чоловіків, які становлять переважну більшість клієнтів центру;

5) Впровадити протоколи терапії, орієнтованої на обробку травми (Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy, EMDR), які довели свою ефективність при роботі з ПТСР у військовослужбовців;

6) Створити електронну систему моніторингу для аналізу великих масивів даних та оптимізації терапевтичних підходів;

7) Забезпечити регулярні супервізії для підтримки професійного рівня психологів та запобігання їх вигоранню;

8) Запровадити програми підтримки комбатантів після завершення основного курсу терапії для запобігання рецидивам;

9) Ввести фізичні вправи та програми з фізичної реабілітації на постійній основі;

10) Додати більшу кількість Арттерапії, що має позитивні відгуки з боку опитаних комбатантів.

Впровадження цих рекомендацій сприятиме підвищенню ефективності психологічної допомоги, що надається в Київському міському кризовому центрі "Соціотерапія", та покращенню якості психосоціальної реабілітації військовослужбовців з симптомами ПТСР та супутніми тривожно-депресивними розладами.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Про затвердження Порядку проведення психологічної реабілітації постраждалих учасників Революції Гідності, учасників антитерористичної операції та осіб, які здійснювали заходи із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, членів їх сімей та членів сімей загиблих (померлих) таких осіб : Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1057. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1057-2017-п>.
3. Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О. та ін. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
4. Александрова О. С. Психологічна реабілітація учасників АТО та членів їх сімей: теоретичний аспект. *Молодий вчений*. 2017. № 11. С. 723–726.
5. Алгоритми діяльності працівників психологічної служби: Т. 1 / авт. кол.; за заг. ред. В. Г. Панка. Київ: УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2019. 138 с.
6. Барановська Н. М. Соціально-психологічна реадаптація військовослужбовців до умов мирного життя: проблеми та перспективи. *Гуманітарний вісник ЗДІА*. 2020. № 80. С. 23–33.
7. Бевз Г. М. Особливості взаємодії з військовими, що повернулися з зони АТО в умовах соціально-психологічної реабілітації. *Проблеми політичної психології*. 2017. № 5. С. 33–41.
8. Безшейко В. Г. Адаптація шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника "Перелік симптомів ПТСР" для української популяції. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2016. Т. 1, № 1. С. 9–15.
9. Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми: монографія. Київ: Талком, 2019. 246 с.

10. Булан А. А. Психологічні особливості реадаптації учасників АТО (ООС) до умов мирного життя. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. 2019. № 3. С. 51–57.
11. Буряк О. О., Гіневський М. І., Катеруша Г. Л. Військовий синдром "АТО": актуальність та шляхи вирішення на державному рівні. *Збірник наукових праць Харківського національного університету Повітряних Сил*. 2015. № 2(43). С. 176–181.
12. Буряк О. О., Матяш М. М. Соціально-психологічна реабілітація учасників АТО та членів їх сімей. *Психологічний часопис*. 2019. Т. 5, № 9. С. 115–126.
13. Варлакова Є. О. Роль та місце родин в адаптації та реабілітації учасників АТО. *Психологічні науки*. 2017. № 2(14). С. 28–33.
14. Ветерани АТО/ООС: психологічні зрізи та рекомендації: колективна монографія / за ред. О. В. Гуменюк. Київ: Інтерсервіс, 2020. 160 с.
15. Волошин П. В., Марута Н. О., Шестопалова Л. Ф. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: методичні рекомендації. Харків, 2014. 80 с.
16. Галушко Н. В. Психологічний супровід учасників АТО та ООС: системний підхід. *Актуальні проблеми психології*. 2020. Т. 11, № 21. С. 121–129.
17. Герасименко М. В. Реінтеграція учасників бойових дій: соціально-психологічні аспекти. *Вісник Національного університету оборони України*. 2018. № 1(49). С. 168–174.
18. Гридковець Л. М. Світ життєвих криз людини як дитини своєї сім'ї, свого роду та народу: монографія. Львів: Скриня, 2016. 516 с.
19. Денисюк С. Г., Корнієнко В. О. Адаптація внутрішньо переміщених осіб та військовослужбовців АТО: соціально-психологічні аспекти. *Вісник НТУУ "КПІ". Політологія. Соціологія. Право*. 2018. № 2(38). С. 63–67.

20. Діагностичний та статистичний посібник з психічних розладів, п'яте видання (DSM-5). Вашингтон, округ Колумбія: Американська психіатрична асоціація, 2013. 991 с.
21. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
22. Кабанцева А. В., Корнацький В. М. Психологічні особливості учасників бойових дій в умовах гібридної війни. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2017. № 2(4). С. 7–11.
23. Карачевський А. Й. Адаптація шкали PCL-5 українською мовою для діагностики посттравматичного стресового розладу. *Проблеми сучасної психології*. 2018. № 41. С. 24–38.
24. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2022. 170 с.
25. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О. та ін. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення: методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
26. Корольчук М. С., Корольчук В. М. Психологічні особливості віддалених наслідків стресогенних впливів: монографія. Київ : КНТЕУ, 2014. 276 с.
27. Лесков В. О. Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців із районів військових конфліктів : автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.09. Хмельницький, 2008. 20 с.
28. Ломакін Г. І. Психосоціальні складові психологічного супроводу реінтеграції учасників бойових дій. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського. Психологічні науки*. 2017. № 2(18). С. 60–65.

29. Марценковський І. А., Марценковська І. І. Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців. *Нейро News: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2023. № 1-2. С. 11–14.
30. Маслова В. Ю. Психологічна допомога військовослужбовцям в подоланні психічної травми. *Міжнародний науковий вісник*. 2015. № 2(11). С. 48–55.
31. Матяш М. М., Худенко Л. І. Український синдром: особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції. *Український медичний часопис*. 2014. № 6(104). С. 124–127.
32. Мельник А. П. Психологічна реабілітація військовослужбовців, які повернулися із зони АТО. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*. 2018. № 1(36). С. 58–64.
33. Музичко Л. Т. Психологічні особливості військовослужбовців – учасників АТО з ознаками посттравматичного стресу. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна*. 2016. № 1. С. 43–51.
34. Мушкевич М. І. Психологічний супровід сімей, що мають проблемних дітей: монографія. Луцьк: Вежа-Друк, 2020. 460 с.
35. Мушкевич М. І., Федоренко Р. П., Мельник А. П. Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям: колективна монографія. Луцьк : Вежа-Друк, 2018. 212 с.
36. Нікітенко О. В. Соціально-психологічна реабілітація учасників антитерористичної операції та внутрішньо переміщених осіб. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Юридичні науки*. 2016. № 3, Т. 2. С. 174–177.
37. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навчальний посібник. Том 1 / за заг. ред. Н. Пророк. Київ, 2018. 208 с.
38. Осьодло В. І., Будагьянц Л. М. Соціально-філософські та психологічні аспекти сучасних війн : монографія. Київ: АртЕк, 2018. 406 с.

39. Осьодло В. І., Зубовський Д. С. Посттравматичне зростання особистості учасників бойових дій: сучасний стан та перспективи. *Український психологічний журнал*. 2017. № 1(3). С. 63–79.
40. Охорона психічного здоров'я в умовах війни: навч.-метод. посібник / за заг. ред. В. Г. Чабана. Тернопіль : ТДМУ, 2022. 568 с.
41. Оцінка ризику розвитку посттравматичного стресового розладу у ветеранів антитерористичної операції та операції об'єднаних сил: методичні рекомендації / Н. О. Марута та ін. Харків, 2020. 34 с.
42. Панок В. Г., Обухівська А. Г., Острова В. Д. та ін. Психологічна служба: підручник / за наук. ред. В. Г. Панка. Київ: Ніка-Центр, 2016. 362 с.
43. Паронянц Т. П. Виникнення і прояв післятравматичних стресових розладів у працівників органів внутрішніх справ в умовах виконання миротворчої місії ООН: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.06. Харків, 2004. 18 с.
44. Пирог Г. В. Психологічні особливості травматичного досвіду учасників АТО/ООС: стресогенні чинники та їх наслідки. *Теорія і практика сучасної психології*. 2020. № 2. С. 146–151.
45. Попелюшко Р. П. Особливості психологічної реабілітації учасників бойових дій засобами природничої рекреації. *Актуальні проблеми психології*. 2018. Т. 11, № 18. С. 91–110.
46. Програма практики / уклад.: О. В. Савченко, Л. В. Музичко, Т. О. Ковалькова. Київ : КНЕУ, 2021. 23 с.
47. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій : методичний посібник / З. Г. Кісарчук та ін. ; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ, 2015. 207 с.
48. Психологічна травма і шляхи її подолання / О. Романчук. Львів : Свічадо, 2018. 136 с.
49. Психолого-психіатрична допомога постраждалим у збройних конфліктах : методичні рекомендації / О. В. Богомолець та ін. Київ, 2014. 26 с.

50. Пульс внутрішньо переміщених осіб : аналітичні матеріали / авт. кол.: О. Балакірева та ін. Київ : UNICEF/Громадська Спілка, 2019. 38 с.

51. Рева І. А., Трусова С. М. Особливості психологічної реабілітації учасників АТО. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*. 2020. № 1(45). С. 59–66.

52. Сахарова О. К. Перспективи розвитку психологічної служби у закладах освіти. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2021. № 2. С. 76–81.

53. Старков В. А. Психологічна реабілітація комбатантів. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Психологічні науки*. 2016. № 138. С. 154–158.

54. Старков Д., Доронін А., Третьяк Ю. Модель психологічної реабілітації посттравматичних розладів з опорою на менталізацію. Матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 14-15 жовтня 2022 р.). Львів, 2022. С. 10–12.

55. Старков Д. Ю., Ярій В. В., Олішевський О. В. Організація стаціонарної медико-психологічної реабілітації розладів, пов'язаних з психічною травмою та стресом : науково-методичний посібник. Київ : ФОП Ямчинський О. В., 2023. 136 с.

56. Стасюк В.В. Психологія локальних війн та збройних конфліктів: підручник для слухачів та студентів вищих навчальних закладів. Київ: НУОУ ім. І. Черняхівського, 2016. 412 с.

57. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самодопомоги в умовах тривалої травматизації: монографія. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

58. Ульянов В. О., Таранченко І. О. Постстресова психологічна реабілітація учасників бойових дій. *Питання становлення та розвитку військово-медичної служби України* : зб. наук. праць. Київ, 2014. С. 109–122.

59. Федоренко Р. П. Психологія сім'ї : навчальний посібник. Луцьк : Вежа-Друк, 2015. 364 с.
60. Чабан О. С., Франкова І. О. Сучасні підходи до лікування посттравматичного стресового розладу. *Нейро News*. 2015. № 2(66). С. 8–18.
61. Чабан О. С., Хаустова О. О. Практична психосоматика: діагностичні шкали : навчальний посібник. 3-тє вид. Київ : Видавничий дім Медкнига, 2021. 200 с.
62. Етичний кодекс психолога. URL: <https://druzhba.osv.org.ua/etichnij-kodeks-psiologa-11-28-42-27-03-2019/>.
63. Етичний кодекс психолога-консультанта. URL: <http://psychologis.com.ua/eticheskiy kodeks psiologa-konsultanta.htm>.
64. Міністерство у справах ветеранів України. URL: <https://data.mva.gov.ua/>.
64. Портал відкритих даних. URL: <https://data.gov.ua/dataset/034f43a4-133a-498f-8478-6076ed1013e4>.
65. Тлумачний словник української мови : веб-сайт. URL: <https://slovnyk.ua/>.
66. Bisson J. I., Cosgrove S., Lewis C., Roberts N. P. Post-traumatic stress disorder. *BMJ*. 2022. Vol. 345, № 26. e5704.
67. Brewin C. R., Cloitre M., Hyland P., Shevlin M. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and Complex PTSD. *Clinical Psychology Review*. 2021. Vol. 58. P. 1–15
68. Koenen K. C., Ratanatharathorn A., Ng L., McLaughlin K. A. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*. 2019. Vol. 47, № 13. P. 2260–2274.
69. Sherman M. D., Larsen J., Borden L. M. Broadening the focus in supporting reintegrating Iraq and Afghanistan veterans: Six key domains of functioning. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2019. Vol. 46, № 5. P. 355–365.

70. Steenkamp M. M., Litz B. T., Hoge C. W., Marmar C. R. Psychotherapy for Military-Related PTSD: *A Review of Randomized Clinical Trials*. JAMA. 2020. Vol. 314, № 5. P. 489–500.

ДОДАТКИ

Додаток А

Результати діагностики пацієнтів за методиками HADS та PCL-5

(вхідні та вихідні дані)

№	Тр	Деп	Інтр	Уник	Нег	Реак	Заг	Тр	Деп	Інтр	Уник	Нег	Реак	Заг
1	10	16	9	7	11	10	37	7	6	10	5	11	8	34
2	13	12	10	4	21	18	53	15	15	15	3	21	21	60
3	13	12	17	7	28	19	71	8	4	7	4	11	5	27
4	9	3	11	2	16	13	42	3	5	5	1	5	2	13
5	14	15	13	7	23	19	62	7	6	4	3	8	3	18
6	9	7	7	0	11	9	27	13	5	4	0	2	4	10
7	10	10	11	6	12	15	44	13	11	13	4	12	11	40
8	14	12	10	1	10	8	29	9	9	6	2	4	8	20
9	14	14	12	8	19	16	55	15	11	14	6	19	15	54
10	8	9	14	4	15	17	50	13	7	15	4	15	14	48
11	18	19	18	3	24	12	67	15	18	17	6	21	18	62
12	10	10	9	5	13	11	38	12	10	13	6	16	14	49
13	18	8	5	0	18	9	32	7	7	16	4	13	16	49
14	13	8	10	3	18	22	53	12	8	12	3	8	10	33
15	16	9	13	2	13	16	44	9	7	7	2	2	5	16
16	16	10	5	5	20	13	43	12	7	5	5	12	7	29
17	11	12	16	2	13	12	43	3	5	8	1	2	1	12
18	12	6	16	4	18	18	56	8	4	7	1	5	6	19
19	12	17	11	3	21	20	55	10	11	9	6	17	10	42
20	10	4	15	8	16	11	50	8	5	20	4	14	12	50
21	10	8	10	3	15	15	43	6	6	12	8	22	8	50
22	12	13	12	6	21	17	56	9	11	12	4	10	10	36
23	10	8	11	4	12	12	42	7	4	9	4	11	8	32
24	10	14	15	8	17	15	55	8	8	6	4	10	8	28
25	13	4	17	6	11	19	53	9	5	10	4	5	9	28
26	15	9	17	5	19	19	60	7	12	9	5	17	10	41
27	15	9	13	5	19	20	57	5	0	7	2	3	2	14
28	9	13	13	5	23	15	56	8	11	5	1	7	7	20
29	6	10	5	1	4	6	16	5	6	3	0	2	1	6
30	7	9	8	7	18	17	50	7	5	6	3	5	6	20
31	11	11	13	5	20	17	55	7	7	11	4	12	15	46
32	13	15	13	8	18	12	51	10	10	12	7	17	12	48
33	15	16	6	2	16	16	38	14	10	9	3	17	15	44
34	11	11	16	6	17	20	59	9	7	8	2	9	10	29
35	9	13	7	4	8	12	31	10	12	6	5	12	10	33
36	11	8	6	2	13	11	32	11	9	7	6	16	11	40

37	13	14	15	6	20	19	60	9	10	15	5	16	15	51
38	13	14	11	6	22	17	56	8	9	6	3	3	4	16
39	11	15	10	8	20	16	54	2	5	4	5	8	6	23
40	13	12	13	4	23	17	57	8	10	10	5	14	10	37
41	10	10	14	6	22	14	56	11	6	9	5	12	12	38
42	7	8	13	0	15	10	38	5	3	10	0	7	8	25
43	2	8	6	2	3	3	14	5	3	6	4	8	5	23
44	18	15	18	6	16	20	60	16	12	13	1	19	10	43
45	6	7	9	1	8	5	23	2	7	6	0	5	1	12
46	19	19	12	5	20	23	60	18	13	10	6	24	14	54
47	11	12	14	5	25	18	62	9	10	8	3	12	7	30
48	9	15	16	1	9	8	34	13	14	8	3	11	8	30
49	13	2	18	4	21	21	64	17	12	19	7	27	23	75
50	14	8	14	4	20	21	59	11	10	8	7	16	9	40
51	18	18	17	6	23	13	59	5	4	4	3	11	2	20
52	7	10	7	8	20	11	46	6	11	6	5	9	12	32
53	17	15	13	3	15	16	47	16	13	16	8	15	14	53
54	7	7	7	2	8	11	28	4	3	2	1	1	1	5
55	14	11	11	5	12	13	41	8	9	9	0	4	4	17
56	14	5	12	4	1	10	27	13	14	14	8	22	18	62
57	7	6	11	8	14	8	41	9	7	4	4	11	8	27
58	8	6	17	2	4	13	36	12	8	11	2	9	15	37
59	18	12	17	7	16	16	57	21	12	18	8	22	20	68
60	9	10	11	3	5	8	27	6	9	8	2	10	12	34
61	6	9	8	5	8	7	28	1	4	4	2	8	4	18
62	10	10	13	4	21	16	54	10	6	4	1	7	11	23
63	7	9	9	3	12	8	32	9	9	6	4	10	8	28
64	12	13	15	4	18	16	53	9	14	10	4	13	6	33
65	21	9	17	5	16	16	54	12	6	12	4	12	14	42
66	10	15	13	0	12	16	41	16	16	9	4	14	14	41
67	9	13	6	8	14	21	49	16	9	15	8	20	20	63
68	17	13	3	1	8	15	27	10	15	10	6	24	20	60
69	8	10	15	4	22	19	60	7	12	3	2	1	0	6
70	14	10	17	3	19	16	55	13	10	12	8	24	16	60
71	14	14	14	7	21	22	64	13	14	15	1	26	22	64
72	16	17	18	8	22	21	69	18	15	18	7	21	20	66
73	12	13	19	3	23	19	64	17	11	17	5	17	13	52
74	12	9	17	6	19	20	62	12	4	5	2	7	4	18
75	11	13	15	5	18	17	55	10	11	11	8	23	9	51
76	9	11	5	5	12	9	31	12	16	10	7	21	14	52
77	7	6	4	0	5	4	13	3	2	3	0	3	4	10
78	18	18	18	6	25	23	72	6	7	12	6	14	8	40
79	16	12	18	8	24	15	65	7	4	8	7	13	12	40

80	13	16	15	5	19	18	57	11	15	13	3	17	15	48
81	16	13	14	6	22	17	59	8	11	15	7	15	15	52
82	12	8						3	6	8	4	4	8	24
83	13	13	15	3	19	11	48	10	10	6	1	14	5	26
84	6	10	10	0	12	16	38	10	12	9	2	22	17	50
85	19	13	20	0	22	18	60	16	16	13	5	20	20	63
86	9	8	6	7	11	12	36	14	14	17	8	24	20	69
87	11	12	6	4	14	13	37	18	9	4	4	13	22	43
88	12	12	10	4	14	14	42	10	8	6	1	11	12	30
89	6	10	13	0	14	8	35	3	6	5	2	5	5	17
90	14	15	7	1	24	7	39	15	16	11	3	23	13	50
91	14	11	18	6	20	22	66	10	10	10	5	14	14	43
92	8	8	9	6	6	10	31	9	6	4	3	4	6	12
93	12	13	14	6	19	13	52	12	6	9	3	10	14	36
94	16	13	16	4	24	24	67	19	17	17	6	23	21	66
95	17	16	13	4	21	21	59	7	12	9	2	19	7	37
96	13	18	15	5	27	16	63	15	17	11	3	16	13	43
97	14	18	15	6	24	21	66	20	18	16	7	27	21	71
98	19	17	15	8	24	22	69	14	18	12	7	21	18	58
99	14	13	18	7	25	22	72	8	10	16	8	10	10	44
100	7	5	7	3	11	12	33	2	5	4	3	10	3	20
101	0	3	1	1	2	1	5	0	0	1	2	1	1	5
102	11	9	6	2	21	11	40	7	5	5	3	16	12	36
103	12	16	12	6	15	14	47	11	10	7	5	8	8	28
104	18	17	18	7	21	20	66	21	20	19	7	25	20	71
105	14	7	17	3	12	22	54	7	3	6	3	6	7	22
106	11	10	15	0	15	13	43	8	5	10	5	9	10	34
107	8	9	7	2	15	9	33	8	8	7	3	11	6	27
108	18	8	20	4	19	22	65	18	10	19	8	28	23	78
109	7	9	9	0	15	10	34	6	10	10	1	10	5	27
110	9	16	12	0	17	15	44	10	16	12	0	16	10	38
111	10	14	9	4	22	15	50	11	13	14	7	21	18	60

Додаток Б**Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)**

Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) є визнаним інструментом самооцінки. Такий тест пацієнт може заповнити самостійно, чекаючи на прийом лікаря. Шкала була розроблена у 1983 році (автори Зігмондом та Снайтом (Zigmond A.S., Snaith R.P.) для визначення та оцінки тяжкості симптомів депресії та тривоги в умовах загальноомедичної практики. Переваги шкали HADS полягають у простоті, надійності та валідності інструмента і широко використовуються в клінічній практиці.

Інструкція: 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, прервав 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 наростанням тяжкості симптому від 0 (відсутність) до 3 (максимальна вираженість). Обробка результатів полягає в підрахунку сумарного показника за кожною шкалою.

Додаток В

Шкала PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5)

інструмент для оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) за критеріями DSM-5. Містить 20 запитань, що оцінюють симптоми ПТСР за 4 кластерами:

№	Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
1	Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?					
2	Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?					
3	Раптові почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?					
4	Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?					
5	Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?					
6	Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?					
7	Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць...), які нагадують про стресовий досвід?					
8	Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?					
9	Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?					
10	Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?					
11	Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?					
12	Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?					
13	Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?					

14	Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові по відношенні до близької людини)					
15	Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?					
16	Те, що ви дуже ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?					
17	Бути «на взводі» або «на сторожі»?					
18	Відчуття постійної напруги?					
19	Труднощі із зосередженістю?					
20	Проблеми із засинанням або нічні прокидання?					

Бали:

Критерій В (Інтрюзія) -симптоми інтрузії (з 1 по 5) _____

Критерій С (Уникнення) -симптоми уникнення (з 6 по 7) _____

Критерій D (Негативізм) -негативні думки та емоцій (з 8 по 14) _____

Критерій E(Реактивність) -симптоми надмірної реактивності (з 15 по 20) _____

Загальна кількість балів _____

Додаток Г

Анкета для первинного клініко-психологічного інтерв'ювання:

Результати первинного клініко-психологічного інтерв'ювання

✓ Загальні відомості: П.І.Б.: Свені
Психолог: У
дата первинного інтерв'ю: 14.08.2023 р.
стать: чж; дата народження: Херсонська обл.
місце проживання до війни: м. Високий
місце проживання зараз: Високий
відомості про роботу: здобувач вищої освіти
освіта: здобувач вищої освіти
Показники тестів: CAPS-5: В (інтрузія) _____; С (уник.) _____; D (негат.) _____; E (реакт.) _____; заг. _____
HADS: шкала депресії _____; шкала тривоги: _____
супутні захворювання: _____
Коментар: _____

✓ 1. Коротке описання кризової події(й):
Направлений в кризовий центр з гасіння.
В.Б. Свені (на В.Б. 2018 р.)
- зайнявся, чинається праця гасіння тла
(праця рука) - маючи - 2, 2023р.
- підня інтрузії та інсуліна, одразу праця
стала міня (ефективна) праця та при нервованні.
(міся Артерій - в кімні гасіння - рука майже
не доробляла)
В кризовий центр потрапив з ротації, в січні 25р.
залишив пограбен, з яким вживали з 2018р.
Вторга координата - гасіння ефективно праця
став сильніше зайнявся, гасіння праця гасіння
тільки був в завої. Тоді потрапив в центр

✓ 2. Тестування реальності:
(а) присутнє повністю (б) частково порушене (в) відсутнє
Коментар: _____

Додаток Д**Назви та наповнення тем групових занять.**

Тема 0 (п'ятниця): «Гостра стресова реакція (ГСР)». Структура групи включає в себе знайомство, презентацію роботи центру та обговорення правил перебування, опрацювання теми «Гостра реакція на стрес», надання інструментів подолання гострої реакції та симптомів ПТСР, виконання вправи «Думка-Дихання-Тіло-Заземлення-Зір» (ДДТЗЗ). Головна ідея групи - частина психіки після кризової та екстремальної події продовжує сприймати життєві ситуації як небезпечні для життя і, таким чином, наче знаходиться в режимі виживання, «відібравши» контроль у свідомості. Цей режим і є ГСР. Задля нормалізації та стабілізації стану необхідно повернути контроль над тілом та свідомістю.

Тема 1 (понеділок) «Усвідомленість». Структура групи - обговорення минулої теми, вправа для розминки ДДТЗЗ, розбір щоденника Mindfulness, вправа «Прийняття та відповідальність», вправа «Спостереження за емоціями». Ідея групи - через травму у людини зникає рефлексуюча позиція (стан «Дорослого»). У роботі з травмою цю позицію необхідно свідомо повертати.

Тема 2 (вівторок) «Профілактика стресу». Структура групи: обговорення теми «Усвідомленість» перевірка самостійного виконання вправ, вправи для розминки «ДДТЗЗ», «Струшування», робота з темою, розбір правил HABITS для профілактики стресу, виконання арт-терапевтичної вправи «Малюнок мого гармонійного життя». Головна ідея заняття - під час здорового стресу, коли завдання вирішено або нервова система перевтомлена, організм сам перемикається з режиму напруження («мобілізація») до режиму розслаблення. У стані дістресу автоматично відбувається посилення напруження і психіка не переходить у режим розслаблення, починається виснаження ресурсів організму. Необхідно активізувати позицію «Дорослого» та свідомо організувати гармонійний ритм життя.

Тема 3 (середа) «Реакція жаху». Структура групи: обговорення минулої теми, вправа на розминку «Заземлення 5-4-3-2-1», розбір теми «Жах», арт-терапевтична вправа «Внутрішня фортеця». Ідея групи - жах, як реакція завмирання та заціпеніння є реакцією на фізичну небезпеку світу з переживанням неможливості діяти (захищатись, бігти або атакувати). У кризових ситуаціях реакція жаху може фіксуватись і людина переживає цей стан в умовах безпеки. Метафорично - внутрішня зона безпеки зруйнована. Потрібно зі стану «Дорослого» відновити або знайти внутрішнє безпечне місце.

Тема 4 (четвер) «Тривога. Заземлення». Структура групи: обговорення минулої теми, вправа на розминку «Ресурсне тілесне заземлення», робота з темою «Тривога», «ромашка тривоги», вправа арт-терапевтичного заземлення. Головна ідея - режим тривоги це про чорно-біле сприйняття світу та подій в ньому як постійно небезпечних, де потрібно бути готовим до реакцій «бий-біжи». для виходу з цього режиму потрібно ввести в життя та сприйняття світу позитивні моменти. Після цього тривога перетвориться на набір страхів, з якими і можна працювати, бо вже є розуміння, що конкретно відбувається. Для цього необхідно побачити позитивні моменти або розкрити внутрішні ресурси.

Тема 5 (п'ятниця) «Посттравматична депресія». Структура групи: обговорення минулої теми, вправа на розминку «Десенсибілізація тілесного напруження», робота з темою групи, «ромашка депресії», арт-терапія вимальовування афектів, вправа «Дисоційоване переживання емоцій». Ідея групи - депресивний стан це неможливість пережити негативні емоції. Через травмуючу подію ці емоції наче відщепленні, тому необхідні спеціальні вправи щоб дати собі можливість їх пережити.

Тема 6 (понеділок) «Контракт на турботу про себе». Структура групи: обговорення минулої теми, вправа для розминки «Сомодинамічна десенсибілізація», робота з темою закриття «аварійних люків» уникнення, арт-терапевтична вправа «Внутрішній малюк за гарантій безпеки від дорослого».

Головна ідея полягає в розумінні, що агресивні, аутоагресивні та «божевільні» тенденції, як спосіб реагування на світ та оточуючих йдуть від «Внутрішнього Малюка» і він намагається втекти від травми. Необхідно «Внутрішньому Малюку» дати дозвіл та можливість відчувати безпеку з позиції «Дорослого».

Тема 7 (вівторок) «Помилки мислення». Структура групи: обговорення минулої теми, вправа для розминки «Ресурсне тілесне заземлення», щоденник самоаналізу. Ідея заняття - емоційний стан людини залежить від її мислення, сприйняття та інтерпретації ситуації.

Тема 8 (середа) «Комплекс вивченого безсилля та самоефективність». Структура групи: обговорення минулої теми, вправа «Тілесні помах», робота з темою, вправа «Арт ДПДГ». Ідея групи - посткризовий стан можна розглядати як стан вивченого безсилля. Безсилля це нульова самоефективність. Тому через розвиток самоефективності ми можемо позбавитись комплексу безсилля.

Тема 9 (четвер) «Фіксація тривоги». Структура групи: повторення минулої теми, вправа «Десенсибілізація через тілесну релаксацію», розгляд теми, вправа «Десенсибілізація через дихання». Головна ідея - тілесна тривога або стан паніки в тригерній ситуації є вивченим умовним рефлексом. Цей рефлекс можна «разобусловити», якщо знаходитись свідомо в уявній тригерній ситуації, використовуючи інструменти для подолання та зниження тривоги.

Тема 10 (п'ятниця) «Інтеграція травми». Структура групи: повторення минулої теми, вправа «Розповідь від третьої особи», розбір теми, арт-терапевтична вправа «Малювання історії травми». Ідея групи - травма інтегрується не через її репереживання, а через відновлення череди подій за допомогою спостереження від третьої особи.

Тема 11 (понеділок) «Негативні переконання». Структура: обговорення минулої теми, вправа на розминку «Казка», тема переконань, вправа на зміну переконань «Продовження казки». Ідея групи - після проходження травмуючих

подій змінюються глибинні переконання, які в подальшому приводять до дезадаптації. Необхідно виробити нові адаптивні переконання, які врахують та інтегрують існування психотравмуючих подій.

Тема 12 (вівторок) «Ідентичність». Структура групи: повторення минулої теми, арт-терапевтична вправа «Вектори соціальності», розбір теми, аналіз малюнку за допомогою векторів ідентичності. Ідея групи - кризові події руйнують ідентичність.

Тема 13 (середа) «Процес проживання втрати, робота горя». Структура групи: повторення минулої теми, вправа «Погляд з майбутнього», тема проживання втрати, вправа «Лист-підтримка друга», обговорення. Ідея групи - процес проживання втрати це здоровий процес, який проживає «Внутрішній Малюк». З «Дорослої» позиції потрібно дати дозвіл «Малюку» жити далі, злитися, прощати, сумувати, прийняти подію як невинуватну, продовжувати любити, бути вдячним, йти до позитивного майбутнього.

Тема 14 (четвер) «Ангедонія». Структура групи: повторення минулої теми, вправа «Похід до мудреця», розбір теми, вправа «Малюнок шести позитивних емоцій». Ідея групи - під час травмуючої події або після неї потрібно вчитися нагадувати собі про позитивні моменти в житті, а також, вчитися помічати їх.

Тема 15 (п'ятниця) «Профілактика ПТСР. Завершення». Структура: обговорення минулої теми, тема «Профілактика рецидиву», арт-терапевтична вправа «Я до та після реабілітації», обговорення процесу реабілітації від початку до завершення та аналіз стану, вправа медитація «Шлях». Ідея групи - щоб не відбувалось, завжди потрібно бути активним та знаходитись в «Дорослій» позиції, піклуватись про свій психічний та фізичний стан.

Додаток Е

	<i>Понеділок 10.02.2025</i>	<i>Вівторок 11.02.2025</i>	<i>Середа 12.02.2025</i>	<i>Четвер 13.02.2025</i>	<i>П'ятниця 14.02.2025</i>	<i>Субота 15.02.25</i>	<i>Неділя 16.02.24</i>
<i>Гр. _ (W07) К. А. П. Є. Ш. Д. С. І.</i>	<i>10:00-11:30 (01_Mindfulness) Олена Г. аудиторія Кінезіотерапія</i>	<i>10:00-11:30 (02_Профілактика стресу) Оксана Ж. аудиторія Кінезіотерапія</i>	<i>10:00-11:30 (03_Реакція Жаху) Олександр В. аудиторія Кінезіотерапія</i>	<i>10:00-11:30 (04_Тривога. Заземлення) Оля Ч. аудиторія Кінезіотерапія</i>	<i>10:00-11:30 (05_Посттравматична депресія) Оля Д.(Оксана З.) аудиторія Кінезіотерапія</i>	<i>10:00 АРТ- терапія</i>	<i>Вихід у місто</i>
<i>Гр. _ (W06)</i>	<i>10:00-11:30 (06_Контракт на турботу) аудиторія тренінгова</i>	<i>10:00-11:30 (07_Помилки мислення) аудиторія тренінгова</i>	<i>10:00-11:30 (08_Комплекс вивченого безсилля та самоефективності) аудиторія тренінгова</i>	<i>10:00-11:30 (09_Страхи. Експозиція) аудиторія тренінгова</i>	<i>10:00-11:30 (10_Розуміння про травму) аудиторія тренінгова</i>		
<i>Гр. _ (W05) Ф. М. В. А.</i>	<i>10:00-11:30 (11_Негативні переканання) Світлана М. аудиторія тренінгова</i>	<i>10:00-11:30 (12_Ідентичність) Світлана Б. аудиторія тренінгова</i>	<i>10:00-11:30 (13_Розуміння про втрату) Сергій М. аудиторія тренінгова</i>	<i>10:00-11:30 (14_Ангедонія) Сергій М. аудиторія тренінгова</i>	<i>10:00-11:30 (15_Огляд тем. Завершення.) Оля Г. аудиторія тренінгова</i>		
	<i>14:00-15:00 Щоденник самоаналізу Богдан П. аудиторія Кінезіотерапія</i>	<i>14:00-15:00 Тематичне заняття Богдан П. аудиторія Кінезіотерапія</i>	<i>12:00-13:30 інтерв'їзія (для персоналу)</i>	<i>12:00-12:15 СТС Аудиторія Кінезіотерапія</i>			
			<i>14:00 -15:00 Підтримуюча група Софія О. Аудиторія Кінезіотерапія</i>	<i>14:00-15:00 Щоденник самоаналізу Світлана Б. аудиторія Кінезіотерапія</i>			

Додаток Є

Перевірка результатів. Підтвердження ефективності програми

Т-тест парних вибірок по t-критерію Стюдента

			Статистика	df (степеней свободы)	p		Размер эффекта
Тривога	Тривога (2)	Студент t	4.757	111	< .001	Коэн d	0.4495
		Уилкоксон W	4028 ^a		< .001	Ранговая бисериальная корреляция	0.475
Депресія	Депресія (2)	Студент t	5.639	111	< .001	Коэн d	0.5328
		Уилкоксон W	4251 ^b		< .001	Ранговая бисериальная корреляция	0.619
Інтрुзія	Інтрुзія (2)	Студент t	5.783	110	< .001	Коэн d	0.5489
		Уилкоксон W	4302 ^a		< .001	Ранговая бисериальная корреляция	0.606
Уникнення	Уникнення (2)	Студент t	0.859	110	0.392	Коэн d	0.0815
		Уилкоксон W	2383 ^d		0.339	Ранговая бисериальная корреляция	0.114
Негативізм	Негативізм (2)	Студент t	4.998	110	< .001	Коэн d	0.4744
		Уилкоксон W	4177 ^e		< .001	Ранговая бисериальная корреляция	0.530
Реактивність	Реактивність (2)	Студент t	7.140	110	< .001	Коэн d	0.6777
		Уилкоксон W	4201 ^f		< .001	Ранговая бисериальная корреляция	0.697
Загальний бал	Загальний бал (2)	Студент t	6.370	110	< .001	Коэн d	0.6046
		Уилкоксон W	4679 ^g		< .001	Ранговая бисериальная корреляция	0.619

Примечание. $H_a: \mu \text{ Мера 1} - \text{Мера 2} \neq 0$ ^a 8 пар значений были связаны^b 10 пар значений были связаны^d 19 пар значений были связаны^e 7 пар значений были связаны

	Статистика	df (степеней свободы)	p	Размер эффекта
--	------------	-----------------------------	---	-------------------

^f 12 пар значений были связаны

^g 4 пар значений были связаны

Тест на нормальность (Шапиро-Уилк)

			W	p
Тривога	-	Тривога (2)	0.986	0.324
Депресія	-	Депресія (2)	0.974	0.026
Інтрुзія	-	Інтрुзія (2)	0.983	0.174
Уникнення	-	Уникнення (2)	0.972	0.019
Негативізм	-	Негативізм (2)	0.987	0.362
Реактивність	-	Реактивність (2)	0.984	0.191
Загальний бал	-	Загальний бал (2)	0.991	0.701

Примечание. Малое значение p предполагает нарушение предположения о нормальности

Описательные статистики

	N	Среднее	Медиана	SD	SE
Тривога	112	11.86	12.00	3.86	0.364
Тривога (2)	112	9.96	9.00	4.51	0.426
Депресія	112	11.23	11.00	3.76	0.356
Депресія (2)	112	9.23	9.00	4.24	0.401
Інтрुзія	111	12.23	13	4.26	0.404
Інтрузія (2)	111	9.67	9	4.45	0.422
Уникнення	111	4.21	4	2.39	0.226
Уникнення (2)	111	4.00	4	2.32	0.220
Негативізм	111	16.52	18	5.85	0.555
Негативізм (2)	111	13.05	12	6.85	0.651
Реактивність	111	14.82	15	4.92	0.467
Реактивність (2)	111	10.72	10	5.83	0.553
Загальний бал	111	47.89	50	14.16	1.344
Загальний бал (2)	111	37.48	37	17.53	1.664

Додаток Ж

Перевірка результатів. Порівняльний аналіз. Порівняння психологічних показників між чоловіками та жінками.

Т-тест незалежних вибірок по критерію Манн-Уїтні

		Статистика	р
Тривога	Манн-Уїтні U	382	0.736
Тривога (2)	Манн-Уїтні U	322	0.306
Зміна показника Тривоги	Манн-Уїтні U	329	0.345
Депресія	Манн-Уїтні U	411	0.995
Депресія (2)	Манн-Уїтні U	398	0.877
Зміна показника Депресія	Манн-Уїтні U	374	0.663
Інтрюзія	Манн-Уїтні U	296	0.432
Інтрюзія (2)	Манн-Уїтні U	351	0.489
Зміна показника Інтрюзія	Манн-Уїтні U	370	0.635
Уникнення	Манн-Уїтні U	340	0.800
Уникнення (2)	Манн-Уїтні U	325	0.320
Зміна показника Уникнення	Манн-Уїтні U	406	0.950
Негативізм	Манн-Уїтні U	333	0.736
Негативізм (2)	Манн-Уїтні U	303	0.213
Зміна показника Негативізм	Манн-Уїтні U	361	0.560
Реактивність	Манн-Уїтні U	255	0.195
Реактивність (2)	Манн-Уїтні U	281	0.134
Зміна показника Реактивність	Манн-Уїтні U	405	0.936
Загальний бал	Манн-Уїтні U	300	0.459
Загальний бал (2)	Манн-Уїтні U	287	0.154
Зміна показника Загальний бал	Манн-Уїтні U	401	0.905

Примечание. $H_0: \mu_{ж} = \mu_{ч}$

Описательные статистики группы

	Группа	N	Среднее	Медиана	SD	SE
Тривога	ж	8	12.125	12.50	3.18	1.125
	ч	103	11.845	12.00	3.93	0.387
Тривога (2)	ж	8	8.375	8.50	3.78	1.335
	ч	103	10.097	10.00	4.58	0.451
Зміна показника Тривоги	ж	8	3.750	2.00	4.56	1.612
	ч	103	1.748	2.00	4.19	0.413
Депресія	ж	8	11.375	11.00	3.25	1.149
	ч	103	11.223	11.00	3.83	0.378

			Статистика	р		
Депресія (2)	ж	8	8.625	10.00	4.69	1.658
	ч	103	9.282	9.00	4.25	0.419
Зміна показника Депресія	ж	8	2.750	2.00	3.37	1.191
	ч	103	1.942	2.00	3.81	0.375
Інтрюзія	ж	7	11.286	12.00	2.98	1.128
	ч	103	12.301	13.00	4.35	0.429
Інтрюзія (2)	ж	8	8.500	7.50	3.42	1.210
	ч	103	9.748	9.00	4.52	0.446
Зміна показника Інтрюзія	ж	8	1.375	2.00	5.78	2.044
	ч	103	2.553	2.00	4.72	0.465
Уникнення	ж	7	3.857	5.00	2.54	0.962
	ч	103	4.233	4.00	2.40	0.236
Уникнення (2)	ж	8	3.250	3.00	2.05	0.726
	ч	103	4.058	4.00	2.33	0.230
Зміна показника Уникнення	ж	8	0.125	0.00	2.53	0.895
	ч	103	0.175	0.00	2.59	0.255
Негативізм	ж	7	17.143	19.00	5.93	2.241
	ч	103	16.485	18.00	5.90	0.581
Негативізм (2)	ж	8	10.125	9.00	6.92	2.445
	ч	103	13.194	12.00	6.89	0.679
Зміна показника Негативізм	ж	8	4.875	5.00	5.79	2.048
	ч	103	3.291	3.00	7.48	0.737
Реактивність	ж	7	12.714	11.00	4.54	1.714
	ч	103	14.971	16.00	4.95	0.488
Реактивність (2)	ж	8	7.750	7.00	4.33	1.532
	ч	103	10.932	10.00	5.89	0.580
Зміна показника Реактивність	ж	8	3.375	4.50	8.02	2.834
	ч	103	4.039	3.00	6.04	0.595
Загальний бал	ж	7	45.000	47.00	10.85	4.100
	ч	103	48.097	52.00	14.44	1.423
Загальний бал (2)	ж	8	29.125	26.50	14.75	5.215
	ч	103	38.000	37.00	17.68	1.742
Зміна показника Загальний бал	ж	8	10.250	13.00	20.73	7.331
	ч	103	10.097	10.00	17.38	1.712

Додаток 3

Перевірка результатів. Т-тест незалежних вибірок по критерію Манн-Уїтні

Порівняння показників військовослужбовців (ЗСУ) та цивільних (не ЗСУ)

Т-тест независимых выборок

		Статистика	р		Размер эффекта
Тривога	Манн-Уитни U	471	0.128	Ранговая бисериальная корреляция	0.26060
Тривога (2)	Манн-Уитни U	601	0.744	Ранговая бисериальная корреляция	0.05651
Зміна показника Тривоги	Манн-Уитни U	477	0.142	Ранговая бисериальная корреляция	0.25118
Депресія	Манн-Уитни U	540	0.372	Ранговая бисериальная корреляция	0.15306
Депресія (2)	Манн-Уитни U	631	0.960	Ранговая бисериальная корреляция	0.00942
Зміна показника Депресія	Манн-Уитни U	517	0.269	Ранговая бисериальная корреляция	0.18917
Інтрुзія	Манн-Уитни U	522	0.526	Ранговая бисериальная корреляция	0.11310
Інтрुзія (2)	Манн-Уитни U	539	0.367	Ранговая бисериальная корреляция	0.15463
Зміна показника Інтрुзія	Манн-Уитни U	634	0.978	Ранговая бисериальная корреляция	0.00549
Уникнення	Манн-Уитни U	403	0.075	Ранговая бисериальная корреляция	0.31463
Уникнення (2)	Манн-Уитни U	441	0.070	Ранговая бисериальная корреляция	0.30848
Зміна показника Уникнення	Манн-Уитни U	595	0.701	Ранговая бисериальная корреляция	0.06593
Негативізм	Манн-Уитни U	465	0.237	Ранговая бисериальная корреляция	0.21003
Негативізм (2)	Манн-Уитни U	493	0.188	Ранговая бисериальная корреляция	0.22606
Зміна показника Негативізм	Манн-Уитни U	452	0.090	Ранговая бисериальная корреляция	0.29042
Реактивність	Манн-Уитни U	576	0.908	Ранговая бисериальная корреляция	0.02126
Реактивність (2)	Манн-Уитни U	395	0.026	Ранговая бисериальная корреляция	0.37991
Зміна показника Реактивність	Манн-Уитни U	460	0.105	Ранговая бисериальная корреляция	0.27786

Т-тест независимых выборок

		Статистика	р		Размер эффекта
Загальний бал	Манн-Уитни U	563	0.810	Ранговая бисериальная корреляция	0.04337
Загальний бал (2)	Манн-Уитни U	443	0.075	Ранговая бисериальная корреляция	0.30534
Зміна показника Загальний бал	Манн-Уитни U	484	0.160	Ранговая бисериальная корреляция	0.24097

Примечание. $H_a: \mu_{зсу} \neq \mu_{ні}$

Описательные статистики группы

	Группа	N	Среднее	Медиана	SD	SE
Тривога	зсу	98	11.684	11.00	3.95	0.399
	ні	13	13.2308	13.00	3.03	0.841
Тривога (2)	зсу	98	10.041	9.00	4.63	0.468
	ні	13	9.4615	10.00	3.76	1.042
Зміна показника Тривоги	зсу	98	1.643	2.00	4.16	0.420
	ні	13	3.7692	3.00	4.44	1.231
Депресія	зсу	98	11.082	11.00	3.72	0.376
	ні	13	12.3846	13.00	4.15	1.152
Депресія (2)	зсу	98	9.245	9.00	4.23	0.427
	ні	13	9.1538	10.00	4.71	1.305
Зміна показника Депресія	зсу	98	1.837	2.00	3.80	0.384
	ні	13	3.2308	2.00	3.39	0.942
Інтрюзія	зсу	98	12.296	13.00	4.40	0.445
	ні	12	11.7500	12.50	3.19	0.922
Інтрюзія (2)	зсу	98	9.806	9.50	4.56	0.460
	ні	13	8.5385	8.00	3.50	0.971
Зміна показника Інтрюзія	зсу	98	2.490	2.00	4.78	0.482
	ні	13	2.3077	3.00	5.04	1.398
Уникнення	зсу	98	4.347	4.50	2.39	0.242
	ні	12	3.0833	3.00	2.19	0.633
Уникнення (2)	зсу	98	4.143	4.00	2.34	0.236
	ні	13	2.9231	3.00	1.89	0.525

Описательные статистики группы

	Группа	N	Среднее	Медиана	SD	SE
Зміна показника Уникнення	зсу	98	0.204	0.00	2.60	0.262
	ні	13	-0.0769	0.00	2.47	0.684
Негативізм	зсу	98	16.276	17.00	6.01	0.607
	ні	12	18.5833	19.00	4.32	1.246
Негативізм (2)	зсу	98	13.276	12.00	6.82	0.689
	ні	13	10.6923	8.00	7.39	2.049
Зміна показника Негативізм	зсу	98	3.000	2.00	7.49	0.757
	ні	13	6.4615	5.00	5.67	1.571
Реактивність	зсу	98	14.796	15.50	4.93	0.498
	ні	12	15.0833	15.00	5.25	1.515
Реактивність (2)	зсу	98	11.122	10.50	5.89	0.595
	ні	13	7.5385	7.00	4.43	1.228
Зміна показника Реактивність	зсу	98	3.673	3.00	5.76	0.582
	ні	13	6.3846	6.00	8.51	2.360
Загальний бал	зсу	98	47.724	50.50	14.53	1.467
	ні	12	49.3333	50.50	11.86	3.423
Загальний бал (2)	зсу	98	38.367	38.00	17.71	1.789
	ні	13	29.7692	27.00	14.96	4.150
Зміна показника Загальний бал	зсу	98	9.357	9.00	17.30	1.748
	ні	13	15.7692	19.00	18.92	5.247

Додаток И

Кореляційна матриця за коефіцієнтом кореляції Спірмена

Показники	Вік	Тривога	Депресія	Інтрюзія	Уникнення	Негативізм	Реактивність	Загальний бал ПТСР
Вік	1.000	-0.087	-0.141	-0.187	-0.159	-0.246**	-0.159	-0.233*
Тривога (2)	0.018	0.428***	0.353***	0.471***	0.389***	0.457***	0.405***	0.481***
Зміна показника Тривоги	0.001	0.354***	0.008	-0.001	-0.092	0.027	0.077	0.034
Депресія (2)	0.034	0.353***	0.569***	0.283**	0.237*	0.407***	0.287**	0.368***
Зміна показника Депресії	-0.161	0.008	0.254**	-0.022	0.071	0.016	0.058	0.036
Інтрюзія (2)	-0.036	0.471***	0.584***	0.404***	0.575***	0.726***	0.756***	0.866***
Зміна показника Інтрюзії	-0.037	-0.001	-0.016	0.468***	0.107	0.185	0.126	0.256**
Уникнення (2)	0.039	0.389***	0.398***	0.197*	0.396***	0.648***	0.587***	0.726***
Зміна показника Уникнення	-0.131	-0.092	-0.305**	0.107	0.577***	-0.376***	-0.295**	-0.423***
Негативізм (2)	-0.020	0.457***	0.710***	0.208*	0.160	0.350***	0.797***	0.933***
Зміна показника Негативізму	-0.138	0.027	0.420***	0.185	0.146	0.424***	0.130	0.299**
Реактивність (2)	0.062	0.405***	0.626***	0.200*	0.174	0.247**	0.326***	0.388***
Зміна показника Реактивності	-0.125	0.077	0.308***	0.262**	0.152	0.242*	0.435***	0.254**
Загальний бал ПТСР (2)	0.017	0.481***	0.694***	0.271**	0.220*	0.333***	0.401***	0.388***
Зміна показника Загального балу	-0.120	0.034	0.409***	0.311***	0.239*	0.314***	0.254**	0.359***

*Примітка: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Додаток І

Перевірка результатів . Тест незалежних вибірок по критерію Манн-Уїтні

Порівняння показників одружених (заміжніх) та не одружених (не заміжніх) пацієнтів

Т-тест независимых выборок

		Статистика	р		Размер эффекта
Тривога	Манн-Уитни U	1072	0.983	Ранговая бисериальная корреляция	0.00326
Тривога (2)	Манн-Уитни U	1008	0.635	Ранговая бисериальная корреляция	0.06279
Зміна показника Тривоги	Манн-Уитни U	916	0.260	Ранговая бисериальная корреляция	0.14837
Депресія	Манн-Уитни U	900	0.216	Ранговая бисериальная корреляция	0.16279
Депресія (2)	Манн-Уитни U	908	0.237	Ранговая бисериальная корреляция	0.15581
Зміна показника Депресія	Манн-Уитни U	1072	0.986	Ранговая бисериальная корреляция	0.00279
Інтрюзія	Манн-Уитни U	963	0.619	Ранговая бисериальная корреляция	0.06686
Інтрюзія (2)	Манн-Уитни U	927	0.295	Ранговая бисериальная корреляция	0.13814
Зміна показника Інтрюзія	Манн-Уитни U	871	0.150	Ранговая бисериальная корреляция	0.18977
Уникнення	Манн-Уитни U	855	0.198	Ранговая бисериальная корреляция	0.17151
Уникнення (2)	Манн-Уитни U	1060	0.915	Ранговая бисериальная корреляция	0.01442
Зміна показника Уникнення	Манн-Уитни U	1003	0.609	Ранговая бисериальная корреляция	0.06744
Негативізм	Манн-Уитни U	769	0.057	Ранговая бисериальная корреляция	0.25484
Негативізм (2)	Манн-Уитни U	979	0.500	Ранговая бисериальная корреляция	0.08930
Зміна показника Негативізм	Манн-Уитни U	1025	0.726	Ранговая бисериальная корреляция	0.04651
Реактивність	Манн-Уитни U	930	0.462	Ранговая бисериальная корреляция	0.09884
Реактивність (2)	Манн-Уитни U	1050	0.862	Ранговая бисериальная корреляция	0.02326

Т-тест независимых выборок

		Статистика	р		Размер эффекта
Зміна показника Реактивність	Манн- Уитни U	1065	0.944	Ранговая бисериальная корреляция	0.00977
Загальний бал	Манн- Уитни U	835	0.155	Ранговая бисериальная корреляция	0.19089
Загальний бал (2)	Манн- Уитни U	990	0.551	Ранговая бисериальная корреляция	0.07907
Зміна показника Загальний бал	Манн- Уитни U	1058	0.907	Ранговая бисериальная корреляция	0.01581

Примечание. $H_a: \mu_o \neq \mu_{n/o}$

Описательные статистики группы

	Группа	N	Среднее	Медиана	SD	SE
Тривога	о	86	11.9070	12.00	3.77	0.406
	н/о	25	11.720	12.00	4.30	0.859
Тривога (2)	о	86	9.8140	9.50	4.39	0.474
	н/о	25	10.520	9.00	5.03	1.005
Зміна показника Тривоги	о	86	2.0930	2.00	4.21	0.454
	н/о	25	1.200	1.00	4.32	0.864
Депресія	о	86	11.0233	11.00	3.58	0.386
	н/о	25	11.960	13.00	4.41	0.882
Депресія (2)	о	86	8.9535	9.00	4.08	0.440
	н/о	25	10.200	10.00	4.80	0.961
Зміна показника Депресія	о	86	2.0698	2.00	3.85	0.415
	н/о	25	1.760	2.00	3.56	0.712
Інтрुзія	о	86	12.1512	13.00	4.32	0.466
	н/о	24	12.542	13.50	4.20	0.858
Інтрुзія (2)	о	86	9.3953	9.00	4.27	0.461
	н/о	25	10.560	10.00	5.02	1.003
Зміна показника Інтрुзія	о	86	2.7558	3.00	5.00	0.539
	н/о	25	1.480	1.00	3.90	0.779
Уникнення	о	86	4.0581	4.00	2.36	0.254
	н/о	24	4.750	5.50	2.51	0.512

Описательные статистики группы

	Группа	N	Среднее	Медиана	SD	SE
Уникнення (2)	о	86	3.9884	4.00	2.38	0.257
	н/о	25	4.040	4.00	2.11	0.422
Зміна показника Уникнення	о	86	0.0698	0.00	2.60	0.280
	н/о	25	0.520	0.00	2.50	0.500
Негативізм	о	86	16.0930	17.50	5.68	0.613
	н/о	24	18.083	19.50	6.42	1.310
Негативізм (2)	о	86	12.7558	12.00	6.98	0.753
	н/о	25	13.720	15.00	6.73	1.346
Зміна показника Негативізм	о	86	3.3372	3.00	7.33	0.791
	н/о	25	3.640	3.00	7.62	1.524
Реактивність	о	86	14.6744	15.00	4.82	0.520
	н/о	24	15.375	16.50	5.41	1.105
Реактивність (2)	о	86	10.6395	10.00	5.92	0.638
	н/о	25	10.920	10.00	5.66	1.131
Зміна показника Реактивність	о	86	4.0349	3.00	6.26	0.675
	н/о	25	3.840	3.00	5.90	1.180
Загальний бал	о	86	47.1163	49.50	13.77	1.484
	н/о	24	50.708	55.50	15.73	3.211
Загальний бал (2)	о	86	36.8140	36.00	17.67	1.905
	н/о	25	39.240	38.00	17.46	3.493
Зміна показника Загальний бал	о	86	10.3023	10.00	17.72	1.911
	н/о	25	9.440	7.00	17.20	3.440

Додаток І

Перевірка результатів. Порівняльний аналіз. Порівняння показників пацієнтів із залежностями від алкоголю та психоактивних речовин (ПАР) та без

Т-тест незалежних вибірок по критерію Манн-Уїтні

Т-тест независимых выборок

		Статистика	р		Размер эффекта
Тривога	Манн-Уитни U	921	0.142	Ранговая бисериальная корреляция	0.1883
Тривога (2)	Манн-Уитни U	1069	0.654	Ранговая бисериальная корреляция	-0.0578
Зміна показника Тривоги	Манн-Уитни U	987	0.312	Ранговая бисериальная корреляция	0.1296
Депресія	Манн-Уитни U	1068	0.651	Ранговая бисериальная корреляция	0.0582
Депресія (2)	Манн-Уитни U	1093	0.777	Ранговая бисериальная корреляция	0.0366
Зміна показника Депресія	Манн-Уитни U	1100	0.814	Ранговая бисериальная корреляция	-0.0304
Інтрюзія	Манн-Уитни U	1011	0.446	Ранговая бисериальная корреляция	0.0982
Інтрюзія (2)	Манн-Уитни U	993	0.333	Ранговая бисериальная корреляция	0.1243
Зміна показника Інтрюзія	Манн-Уитни U	1043	0.531	Ранговая бисериальная корреляция	-0.0807
Уникнення	Манн-Уитни U	1059	0.669	Ранговая бисериальная корреляция	0.0549
Уникнення (2)	Манн-Уитни U	994	0.332	Ранговая бисериальная корреляция	0.1239
Зміна показника Уникнення	Манн-Уитни U	1009	0.389	Ранговая бисериальная корреляция	-0.1102
Негативізм	Манн-Уитни U	955	0.251	Ранговая бисериальная корреляция	0.1477
Негативізм (2)	Манн-Уитни U	1109	0.863	Ранговая бисериальная корреляция	0.0225
Зміна показника Негативізм	Манн-Уитни U	1018	0.425	Ранговая бисериальная корреляция	0.1027
Реактивність	Манн-Уитни U	968	0.288	Ранговая бисериальная корреляция	0.1365
Реактивність (2)	Манн-Уитни U	1101	0.823	Ранговая бисериальная корреляция	-0.0291

Т-тест независимых выборок

		Статистика	p		Размер эффекта
Зміна показника Реактивність	Манн-Уитни U	1011	0.397	Ранговая бисериальная корреляция	0.1089
Загальний бал	Манн-Уитни U	924	0.173	Ранговая бисериальная корреляция	0.1754
Загальний бал (2)	Манн-Уитни U	1084	0.734	Ранговая бисериальная корреляция	0.0441
Зміна показника Загальний бал	Манн-Уитни U	1090	0.765	Ранговая бисериальная корреляция	0.0388

Примечание. $H_0: \mu_{\text{вживає}} \neq \mu_{\text{н/в}}$

Описательные статистики группы

	Группа	N	Среднее	Медиана	SD	SE
Тривога	вживає	27	11.259	10.00	3.93	0.756
	н/в	84	12.0595	12.00	3.86	0.421
Тривога (2)	вживає	27	10.074	10.00	4.48	0.862
	н/в	84	9.9405	9.00	4.57	0.499
Зміна показника Тривоги	вживає	27	1.185	1.00	3.89	0.749
	н/в	84	2.1190	2.00	4.33	0.473
Депресія	вживає	27	10.852	10.00	3.82	0.735
	н/в	84	11.3571	11.50	3.78	0.413
Депресія (2)	вживає	27	8.963	9.00	3.74	0.719
	н/в	84	9.3214	9.50	4.44	0.484
Зміна показника Депресія	вживає	27	1.889	2.00	4.39	0.845
	н/в	84	2.0357	2.00	3.58	0.390
Інтрुзія	вживає	27	11.667	11.00	4.31	0.830
	н/в	83	12.4217	13.00	4.27	0.469
Інтрुзія (2)	вживає	27	8.963	8.00	4.46	0.858
	н/в	84	9.8810	9.50	4.45	0.486
Зміна показника Інтрुзія	вживає	27	2.704	4.00	5.52	1.063
	н/в	84	2.3929	2.00	4.55	0.497
Уникнення	вживає	27	4.111	4.00	2.17	0.418

Описательные статистики группы

	Група	N	Среднее	Медиана	SD	SE
	н/в	83	4.2410	5.00	2.48	0.272
Уникнення (2)	вживає	27	3.630	4.00	2.34	0.450
	н/в	84	4.1190	4.00	2.31	0.252
Зміна показника Уникнення	вживає	27	0.481	1.00	2.56	0.493
	н/в	84	0.0714	0.00	2.58	0.282
Негативізм	вживає	27	15.630	16.00	5.66	1.089
	н/в	83	16.8193	18.00	5.95	0.653
Негативізм (2)	вживає	27	12.926	11.00	7.80	1.500
	н/в	84	12.9881	13.00	6.65	0.725
Зміна показника Негативізм	вживає	27	2.704	1.00	8.64	1.663
	н/в	84	3.6310	3.50	6.95	0.758
Реактивність	вживає	27	14.185	15.00	4.31	0.830
	н/в	83	15.0361	16.00	5.13	0.563
Реактивність (2)	вживає	27	10.852	12.00	6.50	1.251
	н/в	84	10.6548	10.00	5.65	0.616
Зміна показника Реактивність	вживає	27	3.333	2.00	6.33	1.218
	н/в	84	4.2024	3.50	6.12	0.668
Загальний бал	вживає	27	45.519	46.00	12.95	2.492
	н/в	83	48.6747	53.00	14.60	1.603
Загальний бал (2)	вживає	27	36.407	34.00	19.58	3.769
	н/в	84	37.6667	37.00	16.99	1.854
Зміна показника Загальний бал	вживає	27	9.111	10.00	20.34	3.914
	н/в	84	10.4286	9.50	16.65	1.817

Додаток Й

Перевірка результатів. Порівняння показників пацієнтів з різним рівнем бойового досвіду.

Однофакторний дисперсійний аналіз (Непараметричний) Крускал- Уолліс

Крускал-Уолліс

	χ^2	df (степеней свободы)	p	ϵ^2
Тривога	2.5502	2	0.279	0.02318
Тривога (2)	0.4983	2	0.779	0.00453
Зміна показника Тривоги	2.7584	2	0.252	0.02508
Депресія	0.9142	2	0.633	0.00831
Депресія (2)	0.7803	2	0.677	0.00709
Зміна показника Депресія	0.4666	2	0.792	0.00424
Інтрुзія	1.2639	2	0.532	0.01160
Інтрुзія (2)	0.6929	2	0.707	0.00630
Зміна показника Інтрुзія	0.4880	2	0.784	0.00444
Уникнення	3.2684	2	0.195	0.02999
Уникнення (2)	2.0982	2	0.350	0.01907
Зміна показника Уникнення	0.6030	2	0.740	0.00548
Негативізм	3.0364	2	0.219	0.02786
Негативізм (2)	0.9466	2	0.623	0.00861
Зміна показника Негативізм	2.7355	2	0.255	0.02487
Реактивність	0.0939	2	0.954	8.61e-4
Реактивність (2)	3.9010	2	0.142	0.03546
Зміна показника Реактивність	1.4369	2	0.488	0.01306
Загальний бал	0.5745	2	0.750	0.00527
Загальний бал (2)	2.0626	2	0.357	0.01875
Зміна показника Загальний бал	1.2979	2	0.523	0.01180