СПРИЯННЯ ПОДОЛАННЮ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Методичні рекомендації

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ Г. С. КОСТЮКА

СПРИЯННЯ ПОДОЛАННЮ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Методичні рекомендації

Київ 2025

УДК 159.98

Рекомендовано до друку вченою радою Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України (протокол № 8 від 26 червня 2025 року).

Рецензенти:

Ю. О. Бохонкова **–** докторка психологічних наук, професорка, завідувачка кафедри психології та соціології Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля.

А. М. Грись **–** докторка психологічних наук, професорка, завідувачка лабораторії соціально дезадаптованих неповнолітніх Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

Сприяння подоланню травматичного досвіду військовослужбовців. Методичні рекомендації / В. В. Турбан, Л. З. Сердюк, В. В. Москаленко, О. А. Мельник, Н. М. Бугайова, О. Л. Вернік, В. М. Волошин, В. П. Чудакова, А. Д. Терещук, С. Є. Солодчук, Л. О. Скальська; за наук. ред. В. В. Турбан. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2025, 163 с.

ISBN 978-617-7745-82-1

Методичні рекомендації, підготовленні науковцями лабораторії загальної психології та історії психології імені В. А. Роменця Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, розкривають питання сприяння подолання травматичного досвіду військовослужбовців.

У методичних рекомендаціях проаналізовані психологічні передумови, теоретичні та практичні підходи щодо подолання травматичного досвіду військовослужбовців. Показані психолого-педагогічні заходи та технології актуалізації посттравматичного зростання військовослужбовців, надані практичні рекомендації щодо сприяння посттравматичному зростанню військовослужбовців.

Методичні рекомендації адресовано психологам-науковцям і практичним психологам, педагогам, медичним і соціальним працівникам, а також тим, хто цікавиться проблемами реабілітаційної діяльності військовослужбовців в Україні.

Номер державної реєстрації наукового дослідження: 0124U000292

ISBN 978-617-7745-82-1

© Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2025

© Бугайова Н. М., дизайн, макет, 2025

З М І С Т

ВСТУП 6

Розділ 1. ПСИХОЛОГІЧНІ ПЕРЕДУМОВИ ПОДОЛАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ 8

1.1. Сутність і зміст бойового стресу й обґрунтування потреби стресостійкійкої поведінки 8

1.2. Основи посттравматичного зростання військовослужбовців–учасників бойових дій 11

1.3. Особливості посттравматичного зростання військовослужбовців–учасників бойових дій 17

1.4. Загальна методика проектування реабілітаційного простору 17

Розділ 2. ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ ПІДХОДИ ЩОДО ПОДОЛАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ 21

2.1. Характеристика різних видів реабілітації військовослужбовців, які виконували бойові завдання 21

2.2. Психолого-педагогічні засоби сприяння посттравматичному зростанню військовослужбовців 25

2.3. Характеристика інноваційних методів реабілітації військовослужбовців в Україні 29

Розділ 3. ТЕХНОЛОГІЇ АКТУАЛІЗАЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ 33

3.1. Технологія організації та здійснення комплексної реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями 33

3.2. Особливості використання арт-терапії у реабілітаційній роботі практичного психолога з військовослужбовцями–учасниками бойових дій 37

3.3. Потенціал ігрових технологій у реабілітаційній діяльності військовослужбовців 44

3.4. Основи застосування тренінгової технології у реабілітації військовослужбовців 48

3.5. Перспективи застосування тренінгової технології у реабілітації військовослужбовців 53

3.6. Можливості сімейної терапії у процесі здійснення комплексної реабілітації сімей військовослужбовців 65

3.7. Технологія психологічної допомоги, підтримки і самодопомоги у подоланні наслідків травмуючих ситуацій, розвитку стресостійкості та здатності до швидкої адаптації особистості, її вплив на посттравматичне зростання особистості 68

3.8. Ретрит програми відновлення для родин військовополонених захисників (прикладом родин військовополонених захисників м. Маріуполя) 85

Розділ 4. ЗАХОДИ ТА ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО СПРИЯННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ ЗРОСТАННЮ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ 97

4.1. Методичні рекомендації фахівцям соціально-психологічних служб щодо застосування інноваційних методів відновлення у індивідуальних програмах реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій 97

4.2. Методичні рекомендації фахівцям соціально-психологічних служб щодо оптимізації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями 108

4.3. Методичні рекомендації фахівцям соціально-психологічних служб стосовно оптимізації індивідуальної та групової роботи з військовослужбовцями та їх сім'ями 112

ВИСНОВКИ 117

Список використаних джерел 119

Додатки 133

Відомості про авторів 161

ВСТУП

Проблематика психологічної підтримки та реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій, які зазнали травматичного досвіду, набуває особливої актуальності в умовах сучасної україно-російської війни. Психологічна допомога таким особам має не лише відновлювати їхній психоемоційний стан, але й створювати умови для їхнього повернення до виконання професійних обов'язків, інтеграції в соціальне середовище та збереження якості життя.

Система організації реабілітаційних заходів є складною структурою, що включає як матеріальні, так і людські ресурси. Матеріальні ресурси охоплюють приміщення для проведення роботи, належні умови праці, фінансування програм та оплату послуг фахівців з реабілітації. Людський компонент ґрунтується на особистісних характеристиках і професійних навичках спеціалістів, здатних ефективно працювати із військовослужбовцями-учасниками бойових дій. Досвід психологічної реабілітації підтверджує її багаторівневий та багатофакторний характер (Кокун, 2023). Це означає, що процес охоплює взаємодію багатьох змінних, від індивідуальної мотивації військовослужбовця до впливу культурного середовища, у якому він перебуває. Ефективність заходів залежить від чіткого визначення теоретичних положень і цілей реабілітації, а також від взаємопов'язаної роботи психологічної, медичної, професійної та соціально-психологічної підсистем. Такий комплексний підхід дозволяє займатися не лише лікуванням посттравматичних розладів (наприклад ПТСР), але й стимулювати розвиток посттравматичного зростання.

Важливо підкреслити роль культурного контексту. Він формує моделі сприйняття здоров'я і практик його відновлення, а отже може або сприяти інтеграції військовослужбовця у мирне життя, або утруднювати її. Соціальна підтримка займає ключове місце; вона проявляється у формі допомоги сім'ї військових, створення груп взаємодопомоги або залучення громади до процесу адаптації. Інтерес викликають методи арт-терапії, тренінгові програми та ігрові технології для зниження тривожності та зміцнення комунікативних навичок.

Організаційні ресурси можна визначити як сукупність форм та методів проведення заходів психореабілітації. Їх завдання, забезпечити передумови досягнення позитивного результату лікування й адаптації військових після бойових дій. Наприклад, при роботі з учасниками бойових дій ефективними виявляються поєднання індивідуальних консультацій і групових занять із залученням членів родини військових.

Це дає змогу врахувати як внутрішні психологічні бар'єри людини, так і зовнішні соціальні чинники. При створенні системи реабілітаційної підтримки важливо використовувати не лише традиційні терапевтичні методи, але й інноваційні технології. Серед них можуть бути онлайн-платформи для консультування чи дистанційні програми розвитку стресостійкості.

Проте застосування таких засобів потребує адаптації до умов специфіки військової культури. Важливим видається введення етапності підтримки: перший етап, екстрена психологічна допомога одразу після травматичної події; другий, стабілізація стану; третій, поступове повернення до звичайного життя або служби. Водночас залишаються відкритими питання оцінки ефективності різних методик психологічної підтримки у контексті українських військових умов. Не всі традиційні західні моделі працюють без адаптації через культурну специфіку чи організаційні обмеження.

Українські автори, все частіше, звертають увагу на потребу у синтезі локальних практик із перевіреними міжнародними протоколами (Блінов, 2022). Це може стати тим фундаментом, на якому розвиватиметься сучасна система психореабілітації військовослужбовців в Україні. Таким чином початкова постановка проблеми показує складність процесу: він передбачає взаємодію різних систем підтримки та врахування численних факторів, від ресурсного забезпечення до культурно-соціального контексту роботи з військовослужбовцями-учасниками бойових дій. Це завдання багатьма аспектами виходить за межі медицини чи психології і потребує інтегрованого бачення всієї структури допомоги ветеранам бойових дій.

Авторський колектив виходить із розуміння, що подолання травматичного досвіду військовослужбовців через посттравматичне зростання не є обов'язковим та автоматичним наслідком травми, а є результатом тривалої, тонкої, етично виваженої взаємодії між особистістю військовослужбовця, його соціальним середовищем та професійною підтримкою. Сподіваємося, що запропоновані в цих методичних рекомендаціях теоретичні основи та практичні розробки сприятимуть подальшому розвитку системи психологічної допомоги в секторі безпеки й оборони України, формуванню культури турботи про психічне здоров'я військових і, зрештою, зміцненню людського потенціалу нашої держави в умовах тривалої війни та після її завершення.

Авторами окремих розділів та підрозділів є: В. В. Турбан (Вступ, Висновки, 1.2, 1.4, 2.3 – у співавторстві з В. М. Волошиним, 3.3, 4.2, 4.3), Л. З .Сердюк (2.1), В. В. Москаленко (3.6), О. А. Мельник (1.1, 1.3, 3.4), Н. М. Бугайова (4.1, Додатки), О. Л. Вернік (3.1), В. М. Волошин (2.3 – у співавторстві з В. В. Турбан, 3.8), В. П. Чудакова (3.7), А. Д. Терещук (3.2), С. Є. Солодчук (3.5), Л. О. Скальська (2.2).

1. ПСИХОЛОГІЧНІ ПЕРЕДУМОВИ ПОДОЛАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

1.1. Сутність і зміст бойового стресу й обґрунтування потреби стресостійкої поведінки

Історія повномасштабних війн і локальних збройних конфліктів супроводжує людство на протязі всієї історії. Вони завжди супроводжуються неминучими жертвами та скаліченими долями для багатьох мільйонів людей.

Війна являє собою всебічне випробовування для людини, здійснює найпотужніший психологічний вплив.

Фактори бойової обстановки здійснюють виражений психотравмуючий вплив на особистість. До того ж, психічні розлади, що пов'язані зі стресом під час бойових дій є найважливішою перешкодою на шляху адаптації до мирного життя, коли на наявний, пов'язаний з бойовим стресом розлад, нашаровуються нові, пов'язані з соціальною дезадаптацією військовослужбовців. Ознаки посттравматичних стресових розладів зберігаються на протязі багатьох років і навіть десятиліть після участі у бойових діях.

На сьогодні наукові дослідження вітчизняних та зарубіжних вчених не вичерпали проблему адаптації військовослужбовців, які пережили бойовий стрес, а навпаки показали її багатовимірність. У зв'язку з цим соціально-психологічна адаптація військовослужбовців, які пережили бойовий стрес продовжує набирати обертів актуальності.

Бойовий стрес – це багаторівневий адаптаційний процес активності людського організму та особистості в умовах бойової обстановки, що супроводжується психічними і фізичними навантаженнями, які значно перевершують повсякденний рівень за тривалістю та інтенсивністю.

Бойовий стрес супроводжується психогенними впливами поранень, травм та захворювань, переживанням спостереження випадків загибелі людей, що супроводжується напруженням механізмів реактивної саморегуляції та закріпленням специфічних пристосувальних психофізіологічних та особистісних змін.

Бойовий стрес є особливою формою стресу, що протікає за всіма закономірностями описаного Г. Сельє загального адаптаційного синдрому з однією лише різницею – бойовий стрес у більшості випадків, носить характер дистресу, причому відрізняється дуже високою, часто позамежною для організму інтенсивністю впливу, і тому завжди супроводжується психічними розладами, як передпатологічного, так і патологічного характеру.

До чинників, що провокують бойовий стрес відносяться:

Рис. 1.1.1. Провокуючи чинники при бойовому стресі

Особливості прояву бойового стресу залежать від інтенсивності подій, індивідуальних особливостей і тривалості впливу стресових чинників. Ключовими фізичними ознаками бойового стресу можна зазначити:

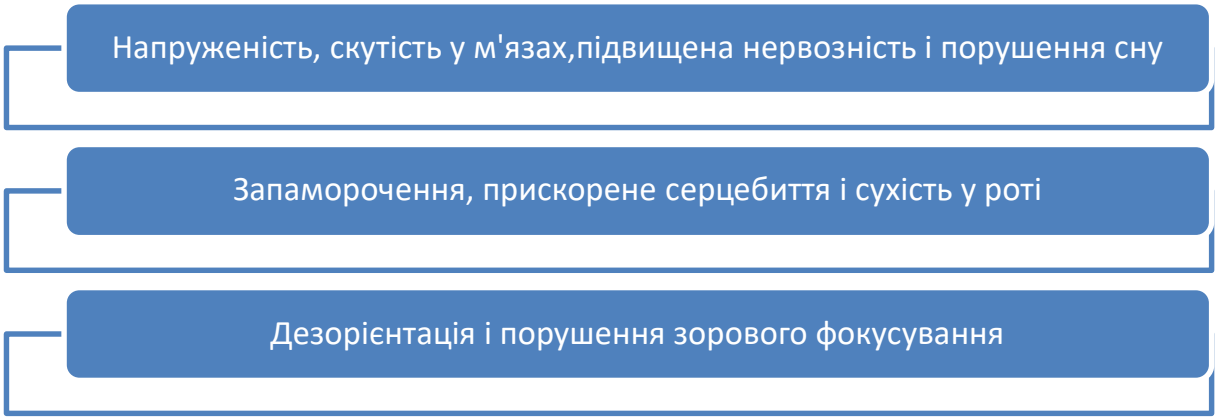


Рис. 1.1.2. Фізичні ознаки бойового стресу

Психологічні прояви бойового стресу залежать від характеру бойових дій, тривалості перебування у бойовій обстановці та інтенсивності боїв. Внаслідок екстремальної дії, бойовий стрес виникає у будь-якої людини, яка перебуває в умовах бойових дій.

До психічних наслідків бойового стресу відноситься велика різноманітність реакцій та станів, що вивчаються або як специфічні прояви психологічних і психічних розладів, або як неспецифічний симптомокомплекс, що пов’язаний з переживанням психічної травми та екстремальних ситуацій загалом – посттравматичний стресовий розлад.

Незалежно від підходу до класифікації психічних розладів, викликаних бойовим стресом, описуються деякі загальні психологічні та психічні зміни, котрі властиві постстресовому стану:

- виражена мінливість настрою з експресивним виразом почуттів на фоні напруги, внутрішньої настороженості;
- стійкі зміни у роботі психічних процесів, тривога, порушення соціальної адаптації;
- суттєві зрушення в нервово-психологічній та особистісній організації, в системі відносин;
- зміни змістовних і динамічних характеристик життєдіяльності особистості.

Переживання бойового стресу суттєво змінює реакції на сприйняття оточуючого. Ці зміни зачіпають емоційну, поведінкову, когнітивну і комунікативну сфери військовослужбовців і виявляються у наступному:

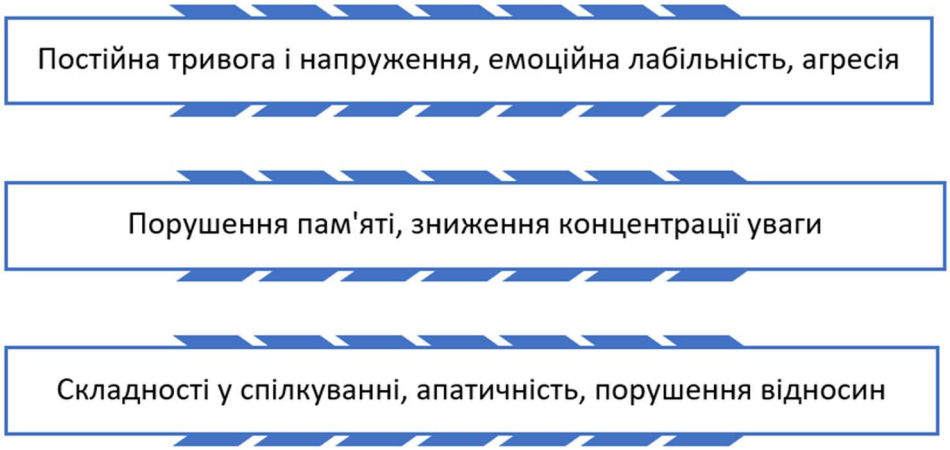


Рис. 1.1.3. Психологічні ознаки бойового стресу

Пережитий бойовий стрес може спричинити появу посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Про наявність розладу свідчить наявність нав'язливих спогадів подій, їх зміст, нічних кошмарів, підвищеної тривожності та емоційної лабільності. Військовослужбовець може відчувати сильний страх або гнів навіть за відсутності реальної загрози, а будь-яке нагадування про бойові події в обов'язковому порядку викликає гостру психоемоційну реакцію. Також наслідком ПТСР можуть стати і серйозні психічні розлади: депресія, біполярний розлад, психози, шизофренія.

Проте незважаючи на переважання негативних наслідків бойового стресу, в науці відмічають і його можливий позитивний вплив.

Наслідки екстремального досвіду можуть виявлятися не тільки в ефективній реадаптації та адаптації до мирного життя, а й у творчому розвитку особистості.

Відбувається формування конструктивних, соціальних, гуманістичних особистісних новоутворень, розуміння цінностей життя, духовний розвиток та зростання особистості.

1.2. Основи посттравматичного зростання військовослужбовців–учасників бойових дій

Посттравматичне зростання (ПТЗ) у військовослужбовців розглядають як системні позитивні зміни в уявленнях про себе, інших людей і світ, що виникають у процесі подолання наслідків травматичного бойового досвіду. Це якісний перехід до нових способів осмислення життя, до змін у цінностях, ідентичності та міжособистісних стосунках (Tedeschi & Calhoun, 2004; Dyball et al., 2022).

Дослідження серед військових контингентів різних країн підтверджують, що значна частка учасників бойових дій демонструє різні рівні ПТЗ, навіть за наявності симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії чи хронічного болю (Greenberg et al., 2021; LaRocca & Avery, 2020; Zerach, 2024).

1.2.1. Структура та основні виміри посттравматичного зростання

Класична модель ПТЗ виокремлює кілька доменів: поглиблене цінування життя, особистісна сила, поліпшення стосунків з іншими, відкриття нових можливостей і духовні або екзистенційні зміни (Tedeschi & Calhoun, 2004).

У роботах, присвячених військовослужбовцям, ці домени підтверджуються емпірично, хоча їх зміст набуває специфічних рис, пов’язаних із бойовим досвідом, колективною ідентичністю та культурним контекстом (Dyball et al., 2022; Greenberg et al., 2021; Kondratyuk & Puchalska-Wasyl, 2020).

У вибірках військових часто фіксують поєднання таких проявів, як посилене відчуття відповідальності за життя інших, зростання суб’єктивної зрілості, переоцінка цивільних пріоритетів, а також більш критичне ставлення до насильства та цінності людського життя (Park et al., 2021; Jacobson et al., 2021).

Для українських військових ці процеси додатково інтегруються із національною та громадянською ідентичністю, з мотивами захисту Батьківщини й з досвідом колективного спротиву, що відображено в дослідженнях ПТЗ, резилієнтності й базової надії в солдатів, які воюють на Сході України (Kondratyuk & Puchalska-Wasyl, 2020).

Узагальнена структура ПТЗ у військовослужбовців із урахуванням даних міжнародних та українських досліджень подається у *таблиці 1.2.1*.

Ці домени не є взаємовиключними; у конкретної особи вони можуть мати різну виразність і динаміку в часі.

Для військових важливим є те, що ПТЗ проявляється не лише на рівні індивідуальної суб’єктивності, а й у контексті групової й національної ідентичності, через участь у ветеранських ініціативах, громадських проєктах, наставництві для молодших військових (Rhodes et al., 2024; Weber et al., 2025).

Таблиця 1.2.1

Основні домени посттравматичного зростання у військовослужбовців

Домен ПТЗ	Типові прояви в учасників бойових дій	Приклади емпіричної підтримки
Цінування життя	Відчутне переосмислення цінності часу, здоров'я, стосунків, свободи	Dyball et al., 2022; Greenberg et al., 2021
Особистісна сила	Переживання себе як більш стійкого, здатного витримувати труднощі	Dyball et al., 2022; Bartone & Bowles, 2020
Стосунки з іншими	Поглиблення довіри й солідарності, зростання емпатії до вразливих груп	Park et al., 2021; Grover et al., 2024
Нові можливості	Пошук нових життєвих і професійних шляхів, участь у волонтерстві, лідерстві	Jacobson et al., 2021; Rhodes et al., 2024
Духовні/екзистенційні зміни	Переосмислення сенсу життя, віри, обов'язку; інтеграція досвіду втрат	Greenberg et al., 2021; Kondratyuk & Puchalska-Wasyl, 2020

1.2.2. Психологічні передумови посттравматичного зростання

Сучасні дослідження виокремлюють низку психологічних характеристик, які підвищують імовірність ПТЗ у військових. Йдеться насамперед про резилієнтність, базову надію, самоефективність, оптимізм, здатність до позитивної переоцінки досвіду, внутрішню релігійність і конструктивні стратегії подолання стресу (Kondratyuk & Puchalska-Wasyl, 2020; Bartone & Bowles, 2020; Weber et al., 2025; Zerach, 2024).

Резилієнтність описують як динамічну здатність підтримувати відносно стабільне психологічне функціонування, попри значні стресори. Вона може одночасно виступати умовою збереження боєздатності та передумовою для наступного ПТЗ, оскільки забезпечує мінімально необхідний рівень регуляції для розгортання смислотворчих процесів (Bartone & Bowles, 2020; Britt et al., 2021).

Базова надія, розуміючи її як довіру до впорядкованості й осмисленості світу, у солдатів Східного фронту виявляється пов'язаною як із резилієнтністю, так і з рівнем ПТЗ (Kondratyuk & Puchalska-Wasyl, 2020).

Особливу увагу приділяють самоефективності та відчуттю контролю: військовослужбовці, які зберігають переконання у власній здатності впливати на ситуацію (навіть у межах локальних рішень), частіше демонструють зростання та нижчі показники тривалої дезадаптації (Jacobson et al., 2021; Zerach, 2024).

Внутрішня релігійність та релігійне подолання (не як формальна належність, а як внутрішнє переживання віри) також пов'язуються з вищим рівнем ПТЗ у ветеранів різних країн (Kang et al., 2023; Distor & Jacob, 2023).

Систематизація основних психологічних передумов ПТЗ та припустимі механізми їхньої дії подані у *таблиці 1.2.2*:

Таблиця 1.2.2

Психологічні передумови посттравматичного зростання у військових

Фактор	Можливий механізм впливу на ПТЗ	Приклади досліджень
Резилієнтність	Підтримує базову стабільність, дає ресурс для смислотворення	Bartone & Bowles, 2020; Britt et al., 2021
Базова надія	Сприяє інтерпретації травми як події, що має сенс і перспективу	Kondratyuk & Puchalska-Wasyl, 2020
Самоефективність	Підсилює активне подолання, знижує відчуття безпорадності	Jacobson et al., 2021; Zerach, 2024
Оптимізм і позитивна переоцінка	Сприяють фокусуванню на можливостях змін, а не лише на втратах	Dyball et al., 2022; LaRocca & Avery, 2020
Внутрішня релігійність/ духовність	Забезпечує рамку сенсу, підтримує інтеграцію досвіду втрат	Kang et al., 2023; Distor & Jacob, 2023
Активні копінг-стратегії	Підтримують залученість, пошук допомоги, рефлексію	Rhodes et al., 2024; Canning et al., 2024

Таким чином, ПТЗ у військовослужбовців постає не як випадковий наслідок травми, а як результат взаємодії індивідуальних ресурсів з характером травматичного досвіду та з наявними можливостями для осмислення, підтримки й реконструкції ідентичності.

1.2.3. Взаємозв'язок посттравматичного зростання з ПТСР та іншими психічними розладами

Одним із принципових питань є співвідношення ПТЗ із симптоматикою ПТСР, депресії та інших розладів. Дані досліджень військових свідчать, що *зв'язок між ПТЗ і ПТСР є нелінійним*: помірні рівні симптомів ПТСР часто асоціюються з більш вираженим ПТЗ, тоді як при дуже високій тяжкості симптомів зростання знижується (Greenberg et al., 2021; LaRocca & Avery, 2020; Dyball et al., 2022). Це дозволяє припустити, що для актуалізації ПТЗ необхідний певний рівень «психологічного напруження», який запускає когнітивно-емоційну переробку досвіду, але при надмірній дезорганізації психіки такі процеси стають утрудненими.

Кілька робіт показують, що у частини ветеранів ПТЗ співіснує з вираженими симптомами ПТСР, тривоги або депресії, тобто не може розглядатися як простий маркер «одужання» (Jacobson et al., 2021; Zerach, 2024; Shelef et al., 2025).

У цих випадках ПТЗ має скоріше характер смислотворчої або компенсаторної стратегії, яка допомагає людині утримувати відчуття суб'єктивної цілісності й цінності життя, попри збереження клінічних проявів травми.

Водночас низка досліджень демонструє, що депресивна симптоматика, висока ізоляція та низький рівень соціальної підтримки зменшують ймовірність ПТЗ або обмежують його домени (LaRocca & Avery, 2020; Grover et al., 2024; Canning et al., 2024). Це підкреслює важливість програм, які одночасно націлені на зниження симптомів і на підтримку смислотворення та соціальної включеності військових і ветеранів.

1.2.4. Соціально-організаційні та освітні чинники посттравматичного зростання

Фундаментальне значення для ПТЗ у військових мають соціально-організаційні умови служби та післявоєнної реінтеграції.

Метаналізи та огляди підкреслюють роль згуртованості підрозділу, якості лідерства, рівня довіри між військовослужбовцями та наявності підтримувального середовища після повернення (Grover et al., 2024; Weber et al., 2025; Wood et al., 2020).

Лідерство, орієнтоване на підтримку, відкрите обговорення труднощів, справедливий розподіл навантаження та визнання внеску кожного, знижує ризик хронічної травматизації та сприяє формуванню у військових наративів про власну значущість і ефективність (Wood et al., 2020; Britt et al., 2021). Згуртовані підрозділи, де домінують взаємодопомога та взаємна відповідальність, створюють контекст, у якому травматичний досвід розділяється, а не індивідуалізується, що полегшує його когнітивно-емоційну переробку.

Важливими є також спеціалізовані психолого-педагогічні програми – тренінги стресостійкості, курси з психоедукації щодо наслідків бойового стресу, програми декомпресії, реабілітаційні та реінтеграційні курси (Вахоцька та Шестопалова, 2020; Romaniuk et al., 2024; Rhodes et al., 2024). Їхня ефективність вища, коли вони інтегруються в загальну систему підготовки й супроводу, а не подаються як «разові» заходи. Peer-орієнтовані програми, у яких ветерани виступають наставниками для інших військових, додатково посилюють ПТЗ, оскільки створюють можливість трансформувати травматичний досвід у джерело допомоги іншим (Rhodes et al., 2024; Franco et al., 2024).

Таким чином, основи посттравматичного зростання військовослужбовців–учасників бойових дій формуються на перетині індивідуальних психологічних ресурсів, особливостей бойового досвіду, соціально-організаційного контексту служби та якості післявоєнної підтримки.

ПТЗ не може розглядатися як автоматичний наслідок травми; радше йдеться про складний процес, що потребує часу, рефлексії, соціального визнання та цілеспрямованих психолого-педагогічних і клінічних інтервенцій.

Саме на цій основі надалі можуть будуватися моделі психологічної допомоги, орієнтовані не лише на редукцію симптомів, а й на підтримку довгострокового психологічного благополуччя та соціальної суб’єктності ветеранів.

1.2.5. Особливості посттравматичного зростання військовослужбовців–учасників бойових дій

Посттравматичний зростання – це психологічний феномен, при якому людина після важкого потрясіння починає інакше бачити світ, себе та свої цінності. Це не автоматичний наслідок травми, а складний, поетапний процес, у якому особистість переосмислює життя, зміцнює зв'язки та знаходить нову мету. Посттравматичне зростання військовослужбовця – це позитивні зміни в психіці учасника бойових дій, що виникають в результаті пережитого бойового стресу. Вимір позитивних наслідків бойового стресу простежується в таких аспектах, як: особиста сила; переоцінка життя; відносини з іншими; нові можливості в житті; духовний вимір.

Особиста сила. Після пережитого бойового стресу військовослужбовець може приємно здивуватись своїй здібності до подолання цього негативного стану. Усвідомлення своєї відваги, навичок, знань, стійкості та потенціалу для зростання може зробити його сильнішим, здатним відчути значну впевненість у собі та бути краще підготовленим до майбутніх викликів.

Переоцінка життя. Переживання бойового стресу змушує боятися за своє життя, безпеку та благополуччя. Після цього стає важкувато дивитись на світ так само, як раніше. Як наслідок, військовослужбовець може почати помічати та цінувати речі, які раніше здавались звичайними. Пріоритети можуть змінитись, зокрема, знаходити радість у простих речах.

Відносини з іншими. Підтримка, яку військовослужбовець отримує та надає під час криз, безцінна. І він можете помітити, що цей досвід допоміг йому зміцнити зв'язки з друзями, сім'єю, побратимами або навіть з незнайомцями, які пережили такий стан.

Нові можливості в житті. Бойовий стрес може змінити не лише самого військовослужбовця, але й оточення. Якщо його попередня життєва ситуація, робота, стиль життя, звички або стратегії більше не підходять до нової реальності, це може навчити військовослужбовця адаптуватися і шукати нові шляхи.

Духовний вимір. Переживання бойового стресу часто змушує переосмислювати власні основні переконання та цінності. І тому, військовослужбовець може почати розмірковувати над змістом життя та своєю роллю у ньому.

Посттравматичне зростання відбувається поетапно:

Рис. 1.2.1. Етапність посттравматичного зростання

Освіта. Для цього військовослужбовцю знадобитися переосмислити певні обставини, кинути виклик своїм переконанням та припущенням. Спочатку цей

процес може здатися заплутаним і лячним, але згодом допоможе навчитись мислити по-новому і знаходити нові способи подолання труднощів.

Емоційна регуляція. Для змін та зростання необхідно вміти керувати своїми емоціями. Потрібно навчитися долати гнів, страх, провину, а також залишати позаду минулі невдачі та втрати. У цьому можуть допомогти фізичні вправи, психотерапія, техніки дихання та релаксації.

Розкриття досвіду. Говорити про пережите та його наслідки може бути важко, але це допомагає рефлексувати та розбиратися в емоціях.

Допомога іншим. Багато людей знаходять зцілення, допомагаючи іншим. Це може бути волонтерство, пожертвування, підтримка інших військовослужбовців, полонених, жертв насилля або поширення інформації про проблему в засобах масової інформації.

Конструювання особистої історії. Роздуми про те, наскільки бойовий стрес вплинув на життя, можуть допомогти військовослужбовцю знайти сенс у тому, що сталося. Для досягнення посттравматичного зростання важливо проговорити про пережиті випробовування та в жодному разі не пригнічувати емоції. Допомогти військовослужбовцю щоб він дозволив собі їх відчути і прийняти те, що відбулось. Важливість рефлексивного процесу не викликає жодного сумніву. Ця зустріч з самим собою є вкрай важливою для учасника бойових дій. В разі неможливості – звернутись за допомогою до фахівця не є слабкістю, а є силою.

Сприяють посттравматичному зростанню військовослужбовця усвідомлення сильних сторін своєї особистості, на кшталт, як сила волі і мужність, що допомогли вижити в ситуації виконання бойових завдань і допоможуть у подальшому мирному житті досягати поставлених цілей, бути витривалим і стійким у крокуванні до бажаного результату. Адже виконання бойових завдань висуває особливі вимоги до вольових якостей військовослужбовців, а мотиваційний аспект відіграє центральну роль у розвитку вольових якостей при виконанні професійних, бойових завдань. Висока мотивація сприяє формуванню наполегливості та самовладання, підтримуючи необхідні зусилля для подолання складних завдань та стресових ситуацій. Особливо важливою є наявність як внутрішньої, так і зовнішньої мотивації для досягнення успіху в умовах невизначеності та ризику. Таким чином, до чинників, які здатні сприяти посттравматичному зростанню відноситься *безпечне середовище*, де можна переосмислити досвід. При цьому необхідною є *підтримка без осуду* – просто бути поруч і слухати. До того ж важливою є можливість для військовослужбовця *говорити і бути почутим*. І насамкінець, *включення в корисну діяльність* – від волонтерства до творчості. Адже люди, які пройшли біль, стають опорою для інших. Це не означає, що вони «вилікувалися». Це означає, що вони створили з болю силу. Посттравматичне зростання призводить до значимих позитивних змін в структурі особистості. В результаті переживання тяжкої події людина здатна почати концентруватися на своїй стійкості та стресостійкості, а не лише на травмах. Посттравматичне зростання – це романтизація страждання. Це нагадування про те, що навіть у найглибшій темряві може з'явитися світло, але для цього потрібні умови: *тиша, прийняття, підтримка* та *час*.

1.4. Загальна методика проєктування реабілітаційного простору

Проєктування реабілітаційного простору для військовослужбовців–учасників бойових дій потребує системного підходу, у якому поєднано біопсихосоціальну модель, принципи орієнтації на відновлення (recovery-oriented), підходи, чутливі до травматичного досвіду (trauma-informed), та концепцію посттравматичного зростання.

У цьому контексті реабілітаційний простір розуміється не лише як фізичне або медичне середовище, а як цілісна система умов, взаємодій і практик, що забезпечують безпечну, структуровану й осмислену траєкторію від гострого наслідку травми до довгострокової адаптації й можливого зростання (Weber et al., 2025; Romaniuk et al., 2024).

1.4.1. Концептуальні засади проєктування реабілітаційного простору

В основі загальної методики доцільно покласти кілька методологічних рамок.

По-перше, біопсихосоціальна модель передбачає врахування взаємодії біологічних порушень (поранення, травматичні ушкодження мозку, хронічний біль), психологічних чинників (ПТСР, депресія, тривога, ідентичність, копінг-стратегії) та соціального контексту (сім’я, підрозділ, громада, система підтримки) у плануванні реабілітаційних заходів *(Assonov, 2021; Dindo et al., 2020).*

По-друге, підхід, орієнтований на відновлення, наголошує на суб’єктній позиції ветерана, на акценті не лише на зменшенні симптомів, а й на відновленні життєвих ролей, автономії, соціальної й професійної участі, а також на підтримці посттравматичного зростання *(Rhodes et al., 2024; Franco et al., 2024).*

По-третє, trauma-informed підхід зобов’язує конструювати всі елементи реабілітаційного простору так, щоб мінімізувати ризик повторної травматизації, забезпечувати передбачуваність, прозорість процедур, чіткі межі відповідальності й можливість добровільної участі, особливо в інтервенціях, де здійснюється наративна або експозиційна робота з травматичними спогадами *(Weber et al., 2025; Lokyan et al., 2025).*

Нарешті, інтеграція концепції посттравматичного зростання означає, що реабілітаційний простір має створювати умови не лише для стабілізації стану, а й для смислотворення, реконструкції ідентичності, формування нових життєвих перспектив і соціальних ролей, з урахуванням специфіки військового досвіду *(Greenberg et al., 2021; Kondratyuk & Puchalska-Wasyl, 2020).*

1.4.2. Структурні компоненти реабілітаційного простору

Загальну методику доцільно будувати на виділенні ключових компонентів реабілітаційного простору, кожен з яких має бути спроєктований з урахуванням вищезазначених принципів.

Базові компоненти й орієнтовні завдання для проєктування подані в *таблиці 1.4.1*.

Таблиця 1.4.1

Структурні компоненти реабілітаційного простору військовослужбовців

Компонент	Зміст та основні завдання	Орієнтовні джерела
Фізичне середовище	Безпечні, доступні, мало тригерні приміщення, зони відпочинку, рухової активності, приватності	Romaniuk et al., 2024; Romanchuk et al., 2021
Організаційна структура	Чіткі маршрути допомоги, алгоритми взаємодії спеціалістів, регламенти й протоколи	Lokyan et al., 2025; Вахоцька & Шестопалова, 2020
Психологічний і навчальний простір	Психоедукація, тренінги стресостійкості, групи підтримки, індивідуальна й сімейна робота	Dindo et al., 2020; Rhodes et al., 2024
Соціальний простір	Взаємодія з родиною, ветеранськими спільнотами, peer-наставництво, партнерства з громадами	Franco et al., 2024; Grover et al., 2024
Символічно-смисловий вимір	Визнання служби, ритуали, комеморативні практики, наративні формати осмислення досвіду	Greenberg et al., 2021; Mckenzie et al., 2021
Цифровий/онлайн вимір	Телепсихологія, онлайн-групи, цифрові платформи самодопомоги й са- моспостереження	Pinchuk et al., 2025; Romaniuk et al., 2024

Проєктування має враховувати, що для різних підгруп (діючі військові, демобілізовані, поранені з інвалідністю, жінки-військовослужбовиці, резервісти) оптимальні конфігурації цих компонентів відрізнятимуться за інтенсивністю, доступністю й пріоритетністю.

1.4.3. Етапи загальної методики проєктування

Загальна методика проєктування реабілітаційного простору може бути описана як послідовність етапів, кожен з яких має власні цілі, інструменти й очікувані результати.

1. Аналітико-діагностичний етап. На цьому етапі здійснюється аналіз контексту (тип частини, бойовий досвід, структура особового складу), потреб цільових груп (клінічні, психосоціальні, освітні, організаційні), а також наявних ресурсів (кадри, приміщення, партнерські організації). Використовуються опитувальники, фокус-групи, інтерв'ю з військовослужбовцями, командирами, психологами, медичним персоналом (Kozhyna et al., 2021; Grover et al., 2024). Результатом є карта потреб та ризиків, яка визначає пріоритетні напрями втручань.

2. Формулювання цілей і показників ефективності. На підставі аналізу формулюються загальні та специфічні цілі: зниження вираженості симптомів, підвищення функціонування, підтримка повернення до служби або цивільного життя, сприяння посттравматичному зростанню. Для кожної цілі визначаються індикатори: клінічні, поведінкові, освітні, соціально-функціональні, а також по-

в'язані з ПТЗ (наприклад, за шкалами Posttraumatic Growth Inventory, показниками самоефективності, відчуття сенсу, залученості) (Dyball et al., 2022; Rhodes et al., 2024).

3. Проєктування структурних модулів. Виходячи з цілей, конструюються модулі реабілітаційного простору:

– клініко-психологічний (діагностика, індивідуальна й групова терапія, робота з ПТСР, депресією, ТБІ);

– психоосвітній (лекційно-семінарські блоки щодо бойового стресу, копінгу, сімейної адаптації);

– тренінговий (стресостійкість, емоційна регуляція, комунікація, лідерство, відновлення ролей);

– соціально-реінтеграційний (підтримка працевлаштування, навчання, взаємодія з громадами й ветеранськими організаціями);

– фізичної та спортивної активності (цілеспрямоване використання фізичної підготовки для формування морально-психологічних якостей та регуляції стану) (Romanchuk et al., 2021; Romaniuk et al., 2024).

4. Визначення ролей і міждисциплінарної взаємодії. Проєкт визначає ролі клінічних психологів, психіатрів, неврологів, фізичних терапевтів, соціальних працівників, педагогів, chaplain-служб, peer-наставників. Чітко прописуються механізми направлення, супроводу та зворотного зв'язку між рівнями допомоги (Lokyan et al., 2025; Weber et al., 2025).

5. Планування маршрутів користувача (user journey). Для типових категорій військовослужбовців (наприклад, боєць після поранення; військовий, який повернувся з ротації без фізичних ушкоджень, але з вираженим стресом; жінка-військовослужбовиця, що планує демобілізацію) описуються орієнтовні маршрути проходження через реабілітаційний простір: від первинного скринінгу до індивідуальних і групових програм, до виходу на етап реінтеграції. Це забезпечує узгодженість й зменшує ризик «випадіння» з системи (Romaniuk et al., 2024; Franco et al., 2024).

6. Інтеграція механізмів участі військовослужбовців і родин. Методика передбачає, що самі військовослужбовці, а також члени їхніх сімей залучаються до планування та оцінювання програм через опитування, консультаційні групи, участь у робочих групах. Така участь підвищує релевантність і прийнятність реабілітаційного простору, а також посилює суб'єктність і відчуття контролю (Mckenzie et al., 2021; Rhodes et al., 2024).

7. Система моніторингу, оцінювання й корекції. На завершальному етапі проєктування закладається система регулярного моніторингу результатів: використовуються стандартизовані шкали, клінічні інтерв'ю, показники залученості в програми, дані щодо повернення до служби або працевлаштування, індикатори ПТЗ. Проводиться періодичний аудит для коригування структуру простору, змінювати модулі, посилювати ефективні та відмовлятися від малоефективних форматів (Weber et al., 2025; Grover et al., 2024). Узагальнення етапів подане у *табл. 1.4.2*.

Таблиця 1.4.2

Етапи загальної методики проєктування реабілітаційного простору

Етап	Основні завдання	Ключові результати
Аналітико-діагностичний	Оцінка потреб, ресурсів, ризиків	Карта потреб і ресурсів
Формулювання цілей	Визначення цілей, індикаторів, пріоритетів	Матриця цілей та показників
Проєктування модулів	Структурування клінічних, освітніх, соціальних інтервенцій	Опис модулів і їхніх параметрів
Визначення ролей	Розподіл функцій, налаштування міждисциплінарної взаємодії	Схема командної роботи
Планування маршрутів	Опис типових траєкторій користувачів	Маршрути для ключових груп
Участь користувачів	Залучення військових і родин до планування та фідбеку	Механізми участі та зворотного зв'язку
Моніторинг і корекція	Регулярне оцінювання, аналіз ефективності, коригування	Система контролю якості й удосконалення

1.3.4. Принципи проєктування реабілітаційного простору

Узагальнюючи, загальна методика проєктування реабілітаційного простору для військовослужбовців–учасників бойових дій має спиратися на низку принципів:

1. Безпека та передбачуваність (trauma-informed): мінімізація тригерів, чіткість правил і процедур, можливість інформованої згоди та відмови (Weber et al., 2025).

2. Мультидисциплінарність та інтеграція: узгоджена робота клінічних, психологічних, педагогічних і соціальних служб (Lokyan et al., 2025; Romaniuk et al., 2024).

3. Індивідуалізація та гнучкість: адаптація модулів до потреб конкретних категорій військових, урахування гендерних, вікових, культурних і сімейних факторів (Kozhyna et al., 2021; Mckenzie et al., 2021).

4. Участь і суб'єктність ветерана: включення військовослужбовців у планування, вибір форматів та оцінювання втручань; підтримка їхньої ролі як активних суб'єктів змін, а не пасивних отримувачів «послуг» (Franco et al., 2024; Rhodes et al., 2024).

5. Орієнтація на посттравматичне зростання: інтеграція елементів, що підтримують смислотворення, реконструкцію ідентичності, розвиток нових ролей і життєвих перспектив, поруч із редукцією симптомів (Greenberg et al., 2021; Kondratyuk & Puchalska-Wasyl, 2020).

6. Доказовість і оцінюваність: використання інтервенцій з підтвердженою ефективністю та постійне емпіричне відстеження результатів і побічних ефектів (Dindo et al., 2020; Assonov, 2021; Weber et al., 2025).

У такому розумінні реабілітаційний простір стає не лише місцем відновлення функцій, а й цілісною системою умов, у межах якої можливими стають інтеграція травматичного досвіду, посттравматичне зростання та формування зрілої ветеранської суб'єктності.

2. ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ ПІДХОДИ ЩОДО ПОДОЛАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1. Характеристика різних видів реабілітації військовослужбовців, які виконували бойові завдання

Сучасні підходи до реабілітації військовослужбовців, які виконували бойові завдання, виходять із принципу багатовимірності наслідків бойового досвіду і потреби в комплексному відновленні біологічних, психологічних, соціальних і екзистенційних вимірів функціонування особистості.

У низці досліджень показано, що ізольовані, вузько спеціалізовані заходи (наприклад, лише медикаментозна терапія або лише психотерапія) мають обмежений ефект, тоді як інтегровані, мультидисциплінарні моделі забезпечують кращі результати психічного здоров'я, функціонування та посттравматичного зростання (Assonov, 2021; Dindo et al., 2020; Rhodes et al., 2024; Weber et al., 2025).

У цьому контексті доцільно розглядати реабілітацію не як єдиний процес, а як сукупність взаємопов'язаних видів, кожен з яких має власні цілі, завдання й індикатори ефективності, але водночас включений у спільний реабілітаційний простір, спроєктований на основі біопсихосоціальної та trauma-informed моделей (Romaniuk et al., 2024; Lokyan et al., 2025).

2.1.1. Класифікація видів реабілітації

Для практичних потреб зручно виділяти щонайменше шість основних видів реабілітації військовослужбовців, які виконували бойові завдання:

- ✓ медичну (включно з нейрореабілітацією),
- ✓ психологічну/психотерапевтичну,
- ✓ соціально-побутову,
- ✓ професійно-освітню,
- ✓ сімейну та спільнотну,
- ✓ духовно-екзистенційну.

У цифрову добу дедалі більшого значення набувають онлайн-формати й телемедичні рішення, однак їх доцільно розглядати як поперечний, сервісний вимір, що підтримує всі інші види реабілітації (Pinchuk et al., 2025; Romaniuk et al., 2024).

Узагальнення основних видів реабілітації, їх цілей та провідних суб'єктів реалізації подано у *таблиці 2.1.1*.

У реальній практиці ці види не існують ізольовано: йдеться про різні «зрізи» єдиного процесу, які можуть бути активовані з різною інтенсивністю залежно від стану військовослужбовця, етапу після повернення з бойових дій та доступності ресурсів (Weber et al., 2025; Grover et al., 2024).

Таблиця 2.1.1

Основні види реабілітації військовослужбовців після виконання бойових завдань

Вид реабілітації	Головна мета	Типові завдання	Провідні суб'єкти / середовище
Медична та нейрореабілітація	Відновлення або компенсація соматичних, неврологічних і сенсомоторних функцій	Лікування поранень, ТБІ, керування болем, фізична терапія, ортезування, адаптація до протезів	Лікарні, реабілітаційні центри, МСЕК / МСЕК-аналог
Психологічна та психотерапевтична	Зменшення психічного дистресу, формування навичок саморегуляції й копінгу	Робота з ПТСР, депресією, тривогою, розвиток стресостійкості, підтримка посттравматичного зростання	Психологи, психотерапевти, військові психіатри
Соціально-побутова	Відновлення базового рівня автономії та соціального функціонування	Організація житла, побуту, доступу до соціальних послуг, оформлення пільг і статусів	Соціальні служби, ветеранські центри, громади
Професійно-освітня	Повернення до служби або професійна пе-реорієнтація й працевлаштування	Оцінка працездатності, навчання, перекваліфікація, супровід працевлаштування	Служби зайнятості, ЗВО, центри перекваліфікації
Сімейна та спільнотна	Підтримка системи «військовий – сім'я–громада», зменшення напруження у відносинах	Сімейне консультування, групи підтримки, робота з батьківством, профілактика насильства	Сімейні консультанти, НГО, громади
Духовно-екзистенційна	Смислотворення, інтеграція бойового досвіду в систему цінностей та ідентичності	Пастирська опіка, групи духовної підтримки, ритуали вшанування, робота з провиною й втратами	Капелани, духовні лідери, ветеранські спільноти

2.1.2. Медична та нейрореабілітація

Медична реабілітація включає комплекс заходів, спрямованих на лікування наслідків поранень, травматичних ушкоджень мозку, хронічного болю, соматичних ускладнень та коморбідних станів. Для військовослужбовців, які виконували бойові завдання, особливо актуальними є наслідки вибухових травм, ампутації, черепно-мозкові ушкодження, комбіновані ураження, що вимагають тривалих комплексних програм з використанням фізичної терапії, ерготерапії, протезування й технічних засобів реабілітації (Romanchuk et al., 2021; Assonov, 2021).

Нейрореабілітація має на меті не лише відновлення рухових функцій, але й корекцію когнітивних порушень – уваги, пам'яті, виконавчих функцій, емоційної регуляції, які часто поєднуються із симптомами ПТСР і депресії (Dindo et al., 2020; Weber et al., 2025). У дослідженнях показано, що інтеграція когнітивно-поведінкових і нейропсихологічних протоколів у медичні програми дозволяє зменшувати частоту суїцидальних думок, покращувати повсякденне функціонування і якість життя ветеранів із поєднаними тілесними та психічними ушкодженнями (Assonov, 2021; Dindo et al., 2020).

Таким чином, медична та нейрореабілітація створюють базу для подальшого залучення до психологічних, соціальних та професійних програм, оскільки без мінімального рівня фізичного й когнітивного функціонування ефективність інших видів реабілітації суттєво знижується.

2.1.3. Психологічна та психотерапевтична реабілітація

Психологічна й психотерапевтична реабілітація спрямована на зменшення психічного дистресу, опрацювання травматичного досвіду, розвиток навичок саморегуляції й копінгу, а також підтримку посттравматичного зростання. Доказові підходи включають когнітивно-поведінкову терапію, травма-фокусовані методики, елементи Acceptance and Commitment Therapy, а також групові інтервенції, орієнтовані на peer-підтримку й формування наративної ідентичності ветерана (Dindo et al., 2020; Rhodes et al., 2024).

У низці досліджень показано, що програми, які поєднують роботу з симптомами ПТСР, депресії й моральної травми з осмисленням цінностей, ролей і довгострокових життєвих цілей, сприяють вищим показникам посттравматичного зростання, порівняно з вузько симптомоцентричними протоколами (Greenberg et al., 2021; Rhodes et al., 2024; Kondratyuk & Puchalska-Wasyl, 2020).

Окремої уваги потребує гендерно чутливий підхід до жінок-військовослужбовиць, у яких поєднуються наслідки бойових подій, сексуалізованого насильства, ускладнень стосунків і кризи ідентичності. Для цієї групи ефективними є формати груп підтримки, де інтегруються психоедукація, наративні практики та реконструкція ідентичності (Mckenzie et al., 2021; Zerach, 2024).

Психологічна реабілітація реалізується у форматах індивідуальної терапії, малих груп, сімейних консультацій, короткотермінових інтенсивних програм (наприклад, у період декомпресії) та довгострокових амбулаторних втручань, у тому числі з використанням телепсихології (Weber et al., 2025; Pinchuk et al., 2025).

2.1.4. Соціально-побутова та професійно-освітня реабілітація

Соціально-побутова реабілітація стосується відновлення базових аспектів повсякденного життя: житла, побуту, доступу до медичних і соціальних послуг, підтримки в оформленні статусів та пільг, інтеграції в громаду. Для частини військовослужбовців – особливо тих, хто зазнав тяжких поранень або втратив житло через бойові дії, – ці заходи є умовою мінімальної стабілізації і запобігання хронічній маргіналізації (Grover et al., 2024; Romaniuk et al., 2024).

Професійно-освітня реабілітація охоплює питання повернення до служби (за можливості), оцінку працездатності, перекваліфікацію, здобуття нових професій, навчання у закладах освіти та супровід працевлаштування. Дослідження показують, що успішна професійна реалізація після демобілізації є важливим предиктором як психічного здоров'я, так і посттравматичного зростання, тоді як тривала безробітність і відсутність професійних перспектив пов'язані з підвищеним ризиком депресії, зловживання психоактивними речовинами і конфліктів у сім'ї (Romaniuk et al., 2024; Weber et al., 2025).

У цьому контексті важливе місце посідають міжвідомчі моделі «ветеран – служба зайнятості – освітній заклад – роботодавець», у межах яких розробляються індивідуальні професійні плани, проводяться навчальні модулі, стажування та менторські програми за участі ветеранів із успішною постармійською кар'єрою (Franco et al., 2024; Romaniuk et al., 2024).

2.1.5. Сімейна, спільнотна та духовно-екзистенційна реабілітація

Сімейний вимір реабілітації враховує той факт, що травма війни є не лише індивідуальним, а й системним явищем: змінюються ролі, очікування, розподіл відповідальності в сім'ї, виникають конфлікти, пов'язані з емоційною відстороненістю, агресивністю, зловживанням алкоголем, труднощами батьківства. Сімейне консультування і психоедукація щодо наслідків бойового стресу показали свою ефективність у зменшенні напруження у стосунках, профілактиці насильства та підтримці адаптації дітей (Weber et al., 2025; Mckenzie et al., 2021).

Спільнотний рівень охоплює взаємодію з громадами, ветеранськими організаціями, волонтерськими ініціативами. Peer-програми, у яких ветерани з вищим рівнем адаптації й ПТЗ виступають наставниками для побратимів, асоційовані зі зниженням симптомів ПТСР, зростанням відчуття приналежності та осмисленості досвіду (Franco et al., 2024; Rhodes et al., 2024).

Духовно-екзистенційна реабілітація стосується роботи зі смисловими наслідками війни: переживанням провини за вцілілість, втратами, моральною травмою, кризами віри, переоцінкою цінностей. Дослідження показують, що внутрішня релігійність, відчуття покликання та участь у практиках, які підтримують смислотворення, можуть бути важливими ресурсами посттравматичного зростання (Greenberg et al., 2021; Hashemi & Mahmoudzadeh, 2025). Участь капеланських служб, духовних лідерів та спільнотних ритуалів (вшанування загиблих, символічні акти пам'яті) сприяє інтеграції травматичного досвіду в особистісну й колективну ідентичність.

2.1.6. Інтеграція видів реабілітації у єдину траєкторію

Характеристика окремих видів реабілітації має завершуватися усвідомленням того, що результат для конкретного військовослужбовця визначається не стільки наявністю окремих інтервенцій, скільки їх узгодженістю й послідовністю. Інтегративні моделі передбачають:

– поєднання медичної, психологічної та соціально-професійної роботи в єдиному індивідуальному плані;

– чітко визначені переходи між етапами (госпіталь – реабілітаційний центр – амбулаторний супровід – спільнотні програми);

– постійний моніторинг результатів із можливістю корекції плану;

– залучення самого військовослужбовця та його сім'ї до прийняття рішень щодо пріоритетів і видів підтримки (Romaniuk et al., 2024; Lokyan et al., 2025; Weber et al., 2025). У дослідженнях підкреслюється, що саме такі системні, багаторівневі моделі асоціюються з кращими показниками довгострокового психічного здоров'я, соціального функціонування та посттравматичного зростання ветеранів, порівняно з фрагментованими або епізодичними втручаннями (Weber et al., 2025; Grover et al., 2024; Rhodes et al., 2024).

2.2. Психолого-педагогічні засоби сприяння посттравматичному зростанню військовослужбовців

Посттравматичне зростання (ПТЗ) військовослужбовців не виникає «спонтанно» як автоматичний наслідок травми, а є результатом цілеспрямованої взаємодії особистісних ресурсів, соціальної підтримки й організованих впливів реабілітаційного середовища. Психолого-педагогічні засоби в цьому контексті розуміються як система інтервенцій, що поєднує принципи психологічної допомоги й освітньо-тренінгові підходи і спрямована на формування знань, навичок, установок та смислів, які підсилюють резилієнтність і актуалізують ПТЗ (Kondratyuk & Puchalska-Wasyl, 2020; Rhodes et al., 2024; Weber et al., 2025).

Такі засоби займають проміжну позицію між клінічною психотерапією та суто інструктивною підготовкою: з одного боку, вони спираються на доказові психологічні моделі травми й відновлення, з іншого – використовують педагогічні технології навчання дорослих, групової роботи, тренінгу й супроводу професійного розвитку (Lokyan et al., 2025; Вахоцька & Шестопалова, 2020).

2.2.1. Теоретичні засади психолого-педагогічного впливу, орієнтованого на ПТЗ

Методологічно психолого-педагогічні засоби сприяння ПТЗ ґрунтуються на кількох взаємопов'язаних підходах.

По-перше, trauma-informed підходи передбачають визнання повсюдності травматичного досвіду серед військовослужбовців і необхідність мінімізації ризику ретравматизації в будь-яких навчальних або реабілітаційних активностях (Dindo et al., 2020; Weber et al., 2025). Це означає особливу увагу до безпеки, передбачуваності, добровільності участі й можливості контролю з боку самого військовослужбовця.

По-друге, теорія ПТЗ Tedeschi й Calhoun, інтерпретована через воєнний контекст, підкреслює роль когнітивної переробки й смислотворення: саме інтенсивна, але конструктивно організована рефлексія травматичних подій, поєднана із соціальною підтримкою, сприяє переходу від руйнівної «зациклені» румінації до зростання (Greenberg et al., 2021; Rhodes et al., 2024).

По-третє, концепції освіти дорослих та експериментального навчання розглядають військовослужбовців як активних суб'єктів власного навчання й від-

новлення; знання і навички засвоюються через поєднання теоретичних блоків, аналіз власного досвіду, тренування поведінкових стратегій та зворотний зв'язок (Lokyan et al., 2025; Вахоцька & Шестопалова, 2020).

По-четверте, моделі соціальної підтримки та соціального капіталу підкреслюють, що ефект психолого-педагогічних програм опосередковується якістю міжособистісних зв'язків у підрозділі, сім'ї та спільноті ветеранів, а також стилем лідерства командирів (Grover et al., 2024; Wood et al., 2020; Franco et al., 2024).

2.2.2. Основні групи психолого-педагогічних засобів, орієнтованих на ПТЗ

Узагальнення наукових даних та практичного досвіду дозволяє виділити кілька ключових груп психолого-педагогічних засобів, що безпосередньо сприяють актуалізації посттравматичного зростання. Стисла класифікація цих засобів із зазначенням їх цільових механізмів і очікуваних ефектів подається у *таблиці 2.2.1*.

Таблиця 2.2.1

Ключові психолого-педагогічні засоби сприяння ПТЗ військовослужбовців

Група засобів	Основний механізм впливу	Очікувані ефекти для ПТЗ	Приклади програм / форматів
Психоедукація про стрес, ПТСР і ПТЗ	Нормалізація реакцій, зниження стигми, підвищення усвідомленості	Зростання самоефективності, готовність звертатися по допомогу, базове розуміння ПТЗ	Лекційно-тренінгові модулі, брошури, онлайн-курси
Тренінги резилієнтності та копінгу	Формування навичок саморегуляції, адаптивного подолання	Підвищення резилієнтності, зниження дистресу, підсилення відчуття контролю	Стрес-менеджмент, тренінги стресостійкості, ACT-воркшопи
Наративно-рефлексивні формати	Осмислення досвіду, реконструкція ідентичності, смислотворення	Посилення особистісної сили, нове бачення життєвих можливостей, інтеграція травми	Наративні групи, фотовоіс-проєкти, рефлексивне письмо
Peer-підтримка та менторство	Моделювання адаптивних зразків, соціальна підтримка	Зменшення ізоляції, підвищення відчуття приналежності, підтримка ПТЗ	Ветеранське наставництво, групи взаємопідтримки
Лідерство, орієнтоване на ПТЗ	Формування підтримувального клімату, визнання досвіду	Вищий рівень довіри, згуртованості, зростання в доменах стосунків і цінностей	Підготовка командирів, тренінги PTG-oriented leadership
Сімейна психоедукація та консультування	Підвищення розуміння сім'єю наслідків війни, підтримка системи	Зменшення конфліктів, підтримка посттравматичної адаптації, спільне смислотворення	Сімейні заняття, групи для партнерів військових
Духовно-екзистенційні формати	Робота з провиною, втратою, цінностями	Поглиблення духовних змін, інтеграція моральної травми, відчуття покликання	Групи з капеланами, ритуали вшанування, духовний супровід

Психоедукація та базова підготовка щодо ПТЗ

Психоедукація є вихідним рівнем психолого-педагогічного впливу. Вона включає надання науково обґрунтованої інформації про стрес, ПТСР, депресію, механізми ПТЗ, доступні шляхи допомоги та роль самої особистості в процесі відновлення (Greenberg et al., 2021; Weber et al., 2025).

Дослідження показують, що структурування інформації про «нормальність» багатьох гострих стресових реакцій, пояснення феномена ПТЗ та демонстрація прикладів зростання зменшують почуття сорому й слабкості, підвищують готовність звертатися по допомогу й активніше включатися в реабілітаційні програми (Rhodes et al., 2024; Franco et al., 2024). Для військовослужбовців ефективними є короткі модулі, інтегровані у програми декомпресії, курси підвищення кваліфікації, а також онлайн-формати, доступні під час ротацій.

Тренінги резилієнтності та навичок подолання

Тренінгові програми, спрямовані на розвиток резилієнтності, навичок емоційної саморегуляції, проблемно-орієнтованого копінгу та використання соціальної підтримки, посідають центральне місце серед психолого-педагогічних засобів (Kondratyuk & Puchalska-Wasyl, 2020; Lokyan et al., 2025; Вахоцька & Шестопалова, 2020).

Доказові протоколи, такі як короткі Acceptance and Commitment Therapy (ACT) воркшопи, модулі стрес-менеджменту або комбіновані курси з розвитку стресостійкості, показали здатність зменшувати симптоми ПТСР і депресії, підвищувати відчуття контролю та самоефективності, а також сприяти осмисленню життєвих цінностей (Dindo et al., 2020; Rhodes et al., 2024).

У військовому контексті важливим є поєднання цих елементів із фізичною підготовкою й тактико-спеціальними вправами, що дозволяє інтегрувати психологічні навички в реальні ситуації служби й бойової готовності.

Наративно-рефлексивні формати та робота з ідентичністю

Наративні підходи виходять із припущення, що зміни в особистісній ідентичності й ПТЗ відбуваються через переосмислення та переповідання травматичного досвіду в безпечному контексті (Tappenden et al., 2021; Kim et al., 2024). Психолого-педагогічні засоби в цьому напрямі включають групи наративної рефлексії, фотовоіс-проєкти, структуроване письмове осмислення ключових подій, а також фасилітовані обговорення досвіду виконання бойових завдань.

Дослідження підтверджують, що можливість сформулювати власну історію як траєкторію не лише втрат, але й зростання, підвищує показники особистісної сили, інтенсивності духовних змін і відчуття життєвої цілісності (Kim et al., 2024; Hashemi & Mahmoudzadeh, 2025; Rhodes et al., 2024). При цьому принципово важливі кваліфікація фасилітатора та попередній відбір учасників, з урахуванням тяжкості симптомів ПТСР, щоб уникнути надмірної ретравматизації.

Peer-підтримка, менторство та лідерство, орієнтоване на ПТЗ

Peer-програми, у яких ветерани з більш успішною адаптацією виступають наставниками для побратимів, поєднують елементи соціального навчання, моде-

лювання копінг-стратегій та наративної підтримки (Franco et al., 2024; Rhodes et al., 2024). Такі формати знижують відчуття ізольованості, підвищують довіру до допомоги й сприяють формуванню ідентичності «того, хто справляється», що безпосередньо пов'язано з ПТЗ.

Паралельно важливе місце посідають програми розвитку лідерства, орієнтовані на підтримку ПТЗ, у яких командирів навчають принципам емпатійного, підтримувального стилю взаємодії, навичкам виявлення ознак дистресу, формування клімату довіри та визнання бойового досвіду (Wood et al., 2020; Lokyan et al., 2025). Дослідження свідчать, що саме якість лідерства й згуртованість підрозділу модулюють вплив бойового стресу на ПТЗ й ПТСР (Grover et al., 2024; Weber et al., 2025).

Сімейна психоедукація та духовно-екзистенційна підтримка

Сімейно орієнтовані психолого-педагогічні програми спрямовані на те, щоб партнери й родичі військовослужбовців розуміли природу бойового стресу, можливі зміни в поведінці, складнощі адаптації, а також мали базові навички підтримки й самозахисту від вигорання (Weber et al., 2025). Компонент сімейної психоедукації доцільно інтегрувати в програми реінтеграції та діяльність ветеранських центрів.

Духовно-екзистенційні формати (робота капеланів, групи духовної підтримки, ритуали вшанування полеглих, обговорення питань провини, справедливості, сенсу служби) створюють умови для інтеграції моральної травми й переосмислення цінностей, що у багатьох ветеранів безпосередньо пов'язано з ПТЗ у домені духовних змін (Greenberg et al., 2021; Hashemi & Mahmoudzadeh, 2025).

2.2.3. Рівні реалізації психолого-педагогічних засобів

Для системної розробки програм доцільно розрізняти індивідуальний, груповий і організаційний рівні реалізації психолого-педагогічних впливів.

Узагальнення основних завдань й прикладів засобів на кожному з рівнів подається у *таблиці 2.2.2*.

Таблиця 2.2.2

Рівні реалізації психолого-педагогічних засобів сприяння ПТЗ

Рівень	Основні завдання	Приклади засобів
Індивідуальний	Формування навичок саморегуляції, осмислення досвіду, планування майбутнього	Індивідуальні консультації, самодопоміжні матеріали, онлайн-модулі, рефлексивне письмо
Груповий	Підтримка взаємодопомоги, нормалізація досвіду, навчання навичок	Тренінги резилієнтності, наративні групи, peer-групи, сімейні заняття
Організаційний	Формування підтримувального клімату та структур, інтеграція ПТЗ у політики	Навчання командирів, включення модулів ПТЗ у програми підготовки, розбудова ветеранських сервісів

Дані досліджень свідчать, що найбільш стійкі ефекти досягаються тоді, коли психолого-педагогічні засоби одночасно працюють на всіх трьох рівнях, а не обмежуються разовими тренінговими заходами (Rhodes et al., 2024; Weber et al., 2025).

2.2.4. Умови ефективності та обмеження

Ефективність психолого-педагогічних програм сприяння ПТЗ визначається низкою умов. Серед ключових:

- добровільність участі й можливість припинити участь без негативних наслідків;
- чітке розмежування між психолого-педагогічними заходами та клінічною психотерапією, із забезпеченням маршрутів до фахової допомоги для осіб із вираженою симптоматикою ПТСР, депресії чи суїцидального ризику;
- адаптація програм до військової культури, специфіки роду військ, гендерних і вікових особливостей;
- інтеграція засобів, орієнтованих на ПТЗ, у ширший реабілітаційний простір, описаний у попередніх розділах;
- системний моніторинг результатів із використанням валідованих опитувальників ПТЗ, резилієнтності й психічного здоров'я (Kondratyuk & Puchalska-Wasyl, 2020; Weber et al., 2025).

Водночас слід враховувати обмеження: не всі військовослужбовці готові до інтенсивної рефлексії на ранніх етапах після травми; для частини особового складу пріоритетним є базове стабілізування, а не смислотворення. Існує також ризик «нормативного тиску» на ПТЗ, коли очікування зростання може посилювати провину в тих, хто переживає переважно втрату й дистрес (Greenberg et al., 2021; Rhodes et al., 2024). Це вимагає особливої обережності при розробці освітніх повідомлень і групових форматів.

2.3. Характеристика інноваційних методів реабілітації військовослужбовців в Україні

Інноваційні методи психосоціальної реабілітації військовослужбовців в Україні розвиваються у ситуації тривалої війни, масової травматизації населення і структурних змін у системі охорони психічного здоров'я.

За останні роки відбулися суттєві зрушення від епізодичних ініціатив до більш системних підходів, що поєднують доказові психотерапевтичні моделі, цифрові технології, мобільні й спільнотні сервіси, сімейно-орієнтовані та креативні формати підтримки (Pinchuk et al., 2025; WHO, 2022, 2024).

Для військовослужбовців, які виконували бойові завдання, ці підходи важливі не лише як засіб редукції симптомів ПТСР, депресії чи тривоги, але й як умова актуалізації посттравматичного зростання, відновлення ідентичності та включення у цивільне життя.

2.3.1. Загальні тенденції розвитку інноваційних практик

Системні огляди показують, що в Україні відбувається паралельний розвиток трьох взаємопов'язаних напрямів:

1. ***Децентралізація та спільнотна орієнтація допомоги*** (community-based mental health),

2. ***Цифровізація та дистанційні формати психотерапії,***

3. ***Інтеграція технологій занурення (VR), креативних та тілесно-орієнтованих методів*** у реабілітаційні програми (Pinchuk et al., 2025; ARQ International, 2024; WHO, 2022, 2024; Rizzo et al., 2024).

Водночас спостерігається зміщення фокусу від вузько медичної моделі до біопсихосоціального та реабілітаційного підходів, де мішенями стають не лише симптоми, але й функціонування, участь, соціальні ролі, сімейні та професійні перспективи ветеранів. Це узгоджується із сучасними міжнародними орієнтирами щодо побудови систем ментального здоров'я в умовах гуманітарних криз (WHO, 2022, 2024).

2.3.2. Цифрові та дистанційні інтервенції

Розбудова мережі дистанційних послуг з'явилася як вимушена відповідь на обмеження безпеки, переміщення фахівців та клієнтів, руйнування інфраструктури. Дворічне лонгітюдне дослідження показало, що система психіатричних і психотерапевтичних послуг в Україні поступово інтегрує телемедицину, онлайн-консультування, змішані (blended-care) формати, що поєднують дистанційні та очні візити (Pinchuk et al., 2025). Додатковим напрямом є розроблення ***цифрових програм самодопомоги***, орієнтованих на стрес, тривогу та депресивні симптоми у населення, включно з ветеранами.

Пілотні дослідження українських онлайн-інструментів психологічної самодопомоги (зокрема чат-ботів і вебплатформ із вправами, заснованими на КБТ та психоедукації) демонструють їхню прийнятність, високу залученість користувачів і потенціал зменшення емоційного дистресу (Lahutina et al., 2024; Weinreich et al., 2025).

З погляду посттравматичного зростання дистанційні формати створюють:

- ***доступність рефлексивного простору*** (можливість регулярного контакту з психологом без прив'язки до місця служби чи проживання),
- ***можливість поетапного осмислення досвіду*** через модульні онлайн-програми,
- ***захист приватності*** у ситуаціях, коли стигма щодо звернення по допомогу залишається високою (Vus & Esterlis, 2022).

2.3.3. Мобільні та спільнотні моделі допомоги

В рамках ініціативи ВООЗ щодо посилення системи психічного здоров'я в Україні створюються й масштабуються ***мобільні багатопрофільні команди*** та спільнотно орієнтовані служби, інтегровані у первинну медичну допомогу (WHO, 2022, 2024).

Такі команди (психіатр, психолог, фахівець із соціальної роботи, медична сестра) працюють «за місцем проживання» ветерана, відвідують його вдома або в місцевих громадах, забезпечуючи континуальність підтримки після стаціонарного лікування чи демобілізації.

Спільнотні моделі реабілітації передбачають:

- участь *громадських та ветеранських організацій* як партнерів у програмі;
- фокус на *відновленні ролей* (батька, працівника, студента, лідера громади);
- використання *групових форматів***,** що поєднують психоедукацію, підтримку ровесників, розвиток навичок саморегуляції (ARQ International, 2024; UNICEF, 2025).

Для ПТЗ ці підходи важливі тим, що створюють умови для:

- *актуалізації соціальної ідентичності ветерана* як повноцінного члена громади,
- *нормалізації досвіду* через спілкування з іншими військовими,
- *формування нових життєвих цілей* у контексті реального соціального середовища, а не лише клінічного закладу.

2.3.4. Використання віртуальної реальності та технологій занурення

Окремим і принципово новим напрямом є впровадження ***віртуальної реальності (VR)*** у лікування ПТСР, тривожних і депресивних розладів у військовослужбовців. У низці українських закладів апробовано протоколи ***віртуальної експозиційної терапії***, адаптовані до культурного контексту війни в Україні (Chaban et al., 2024). Програми передбачають поетапне занурення в контрольовані VR-сценарії, що моделюють бойові ситуації, з можливістю регулювати інтенсивність стимулів і проводити когнітивно-поведінкову переробку травматичних спогадів під наглядом терапевта.

Рандомізовані дослідження ефективності ***імерсивної VR-терапії*** за участі осіб, які пережили війну в Україні, демонструють зниження рівня симптомів тривоги, депресії та посттравматичного стресу, а також покращення показників якості життя (Effectiveness of immersive VR therapy…, 2025).

Міжнародний проєкт *The Virtual Ukraine Projec* описує використання VR як засобу, що дозволяє пацієнтам опрацьовувати травматичний досвід у безпечних, структурованих віртуальних середовищах, інтегрованих з психотерапевтичними інтервенціями (Rizzo et al., 2024).

У контексті ПТЗ застосування VR має кілька потенційних переваг:

- створення ***керованого простору для переосмислення травми***;
- можливість ***відпрацювання нових способів реагування*** в умовах, що моделюють реальні тригери;
- посилення ***почуття контролю*** та самоефективності, коли військовий поступово опановує ситуації, які раніше сприймалися як непридатні до подолання.

2.3.5. Психосоціальні та сімейно-орієнтовані інноваційні програми

Іншим важливим напрямом є розробка ***комплексних психосоціальних програм для сімей військових***.

Досвід інтервенції, спрямованої на дітей, що зазнали впливу війни, з використанням інтенсивних таборових програм, творчих і тілесно-орієнтованих ме-

тодів, психоедукації для батьків і фахівців, показав значуще зменшення симптомів посттравматичного стресу, тривоги й депресії, а також покращення функціонування в сім'ї (Redlener et al., 2025).

Ці підходи активно адаптуються до потреб сімей військовослужбовців, де поєднання ***групових занять, психоедукації, сімейного консультування та підтримки батьківської компетентності*** дозволяє зменшити напруження у стосунках, підтримати батьківські ролі та створити умови для спільного смислотворення щодо пережитого досвіду.

Особливу роль відіграють **peer-based програми**, орієнтовані на посттравматичне зростання, де ветерани проходять тренінги у форматі «рівний для рівного», навчаючись структурувати свій досвід, підтримувати інших і формувати конструктивні життєві наративи (Rhodes et al., 2024).

2.3.6. Креативні, тілесно-орієнтовані та рекреаційні методи

Узагальнювальні огляди МНПП (MHPSS) в Україні фіксують значну роль ***креативних та рекреаційних форматів****:* арт-, музичної, театральної терапії, танцювально-рухових практик, програм адаптивного спорту і відновлювального дозвілля (ARQ International, 2024; UNICEF, 2025).

Для військовослужбовців такі підходи важливі тим, що:

- забезпечують ***невербальний канал опрацювання емоцій****,*
- дозволяють ***відновлювати відчуття власної дієздатності*** через тілесну активність і досягнення,
- підтримують ***соціальну взаємодію та групову згуртованість*** у безпечному середовищі.

Хоча доказова база цих форматів щодо специфічних мішеней (ПТСР, ПТЗ) ще обмежена, наявні дослідження та практичні звіти вказують на покращення суб'єктивного благополуччя, зменшення відчуття ізоляції та посилення позитивної самоідентифікації в ролі ветерана, який має ресурси для подальшого розвитку (ARQ International, 2024).

2.3.7. Узагальнювальна характеристика інноваційних методів

Для систематизації розглянутих підходів доцільно представити їх у вигляді узагальнювальної *таблиці 2.2.3*.

Таким чином, інноваційні методи реабілітації військовослужбовців в Україні розвиваються у напрямі поєднання доказовості, технологічних рішень і спільнотної включеності.

Вони створюють умови для не лише симптоматичної стабілізації, а й для посттравматичного зростання через підтримку рефлексії, смислотворення, соціальної ідентичності та відновлення життєвої активності ветеранів.

Подальший розвиток цих підходів потребує систематичної оцінки ефективності, інтеграції у національні стандарти й розширення доступу до них у різних регіонах країни.

Таблиця 2.2.3

Інноваційні методи реабілітації військовослужбовців в Україні: ключові характеристики та зв'язок із посттравматичним зростанням

Напрям / метод	Основні характеристики	Потенційний внесок у ПТЗ	Приклади / джерела
Дистанційні та цифрові інтервенції	Телемедицина, онлайн-психотерапія, програми самодопомоги	Доступність підтримки, зниження стигми, підтримка рефлексії	Pinchuk et al. (2025); Lahutina et al. (2024); Weinreich et al. (2025)
Мобільні та спільнотні служби	Мобільні команди, інтеграція з ПМД, участь громад і ветеранських НУО	Відновлення соціальних ролей, включення в громаду	WHO (2022, 2024); ARQ International (2024)
VR-терапія	Віртуальна експозиція, іммерсивні сценарії, контрольована реконсолідація спогадів	Підвищення контролю, зниження симптомів, підтримка смислотворення	Chaban et al. (2024); Effectiveness of immersive VR therapy… (2025); Rizzo et al. (2024)
Психосоціальні сімейно-орієнтовані програми	Групові табори, психоедукація, сімейне консультування, peer-based тренінги	Спільне смислотворення, відновлення сімейних зв'язків, підтримка ідентичності	Redlener et al. (2025); Rhodes et al. (2024)
Креативні, тілесно-орієнтовані й рекреаційні формати	Арт-, музична, театральна терапія, рухові практики, адаптивний спорт	Підтримка емоційної переробки, зростання дієздатності, групова згуртованість	ARQ International (2024); UNICEF (2025)

3. ТЕХНОЛОГІЇ АКТУАЛІЗАЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

3.1. Технологія організації та здійснення комплексної реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями

Комплексна реабілітація військовослужбовців, які виконували бойові завдання, розглядається в сучасних підходах як тривалий, структурований і міждисциплінарний процес, спрямований не лише на редукцію симптомів поранення чи психічних розладів, але й на відновлення функціонування, участі в соціальних ролях та актуалізацію посттравматичного зростання (Kondratyuk & Puchalska-Wasyl, 2020; Weber et al., 2025; WHO, 2022, 2024). Термін «технологія» в цьому контексті означає чітко описану послідовність дій, принципів і організаційних рішень, що забезпечують узгоджену роботу всіх залучених суб'єктів – від медичних і психолого-педагогічних фахівців до сім'ї, громади та ветеранських організацій.

Реабілітаційна діяльність у воєнних умовах та в поствоєнний період повинна відповідати біопсихосоціальній моделі, у якій фізичні, психологічні та соціальні виміри стану військовослужбовця розглядаються як взаємопов'язані та такі, що потребують інтегрованого втручання (Pinchuk et al., 2025; ARQ International, 2024). Важливою рамкою також є trauma-informed підходи, які передбачають базову орієнтацію на безпеку, передбачуваність, повагу до автономії та уникнення ретравматизації на всіх етапах роботи (Weber et al., 2025).

3.1.1. Принципи побудови комплексної реабілітаційної технології

Технологія організації реабілітаційної діяльності спирається на низку принципів, що задають рамку для проектування програм, визначення маршруту пацієнта та взаємодії між інституціями.

Таблиця 3.1.1

Ключові принципи комплексної реабілітаційної технології

Принцип	Зміст	Імплікації для практики
Системність і безперервність	Реабілітація як процес, що охоплює стаціонарний, амбулаторний, спільнотний та сімейний рівні	Планування реабілітаційного маршруту, узгодження між рівнями допомоги
Мультидисциплінарність	Участь медичних, психологічних, соціальних, педагогічних, духовних фахівців	Регулярні засідання міждисциплінарної команди, спільне планування
Індивідуалізація	Орієнтація на унікальну історію травми, ресурси й цілі військовослужбовця	Використання індивідуального реабілітаційного плану
Біопсихосоціальна орієнтація	Врахування тілесних, психічних і соціальних вимірів	Поєднання медичних, психотерапевтичних, освітніх і соціальних інтервенцій
Trauma-informed підхід	Чутливість до травми, мінімізація ретравматизації	Забезпечення безпечного середовища, добровільність участі, прозорість процедур
Орієнтація на посттравматичне зростання	Підтримка не лише симптоматичної стабілізації, а й смислотворення та розвитку	Інтеграція психоедукації щодо ПТЗ, наративних, peer- та духовних форматів
Участь сім'ї та громади	Залучення значущих інших і місцевих спільнот	Сімейна психоедукація, співпраця з ветеранск. та громадськими організаціями
Оцінка ефективності та гнучкість	Регулярний моніторинг результатів і корекція плану	Використання валідованих опитувальників, ревізія цілей та втручань

Застосування цих принципів дає можливість уникати фрагментації допомоги, коли медичні, психологічні та соціальні втручання здійснюються паралельно, але не узгоджено, і натомість формувати єдиний реабілітаційний маршрут військовослужбовця (Pinchuk et al., 2025; WHO, 2024).

3.1.2. Етапи комплексної реабілітаційної діяльності

Технологія комплексної реабілітації може бути описана як послідовність взаємопов'язаних етапів, кожен з яких має власні завдання, провідні методи та відповідальних суб'єктів.

Таблиця 3.1.2

Етапи організації комплексної реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями

Етап	Зміст / завдання	Основні виконавці	Основні методи та інструменти
1. Первинний скринінг і маршрутизація	Виявлення потреб у реабілітації, визначення рівня ризику та пріоритетності	Лікарі, психіатри, психологи, офіцери по роботі з особовим складом	Короткі опитувальники ПТСР, депресії, болю, функціонування; клініч. бесіда
2. Комплексна оцінка	Деталізований аналіз біопсихосоціального стану, ресурсів і ризиків	Міждисциплінарна команда	Стандартизовані шкали (ПТСР, депресія, ПТЗ, якість життя), інтерв'ю, аналіз службових даних
3. Формування індивідуального реабілітаційного плану	Узгодження цілей, вибір пріоритетних напрямів та методів	Команда + військовослужбовець (і, за можливості, сім'я)	Цілепокладання, спільне планування, контракт реабілітації
4. Реалізація програми	Здійснення медичних, психотерапевтичних, психолого-педагогічних, соціальних інтервенцій	Медичні фахівці, психологи, соціальні працівники, педагоги-реабілітологи	Медикаментозна терапія, психотерапія, тренінги резилієнтності, психоедукація, VR, арт- і тілесно-орієнтовані методи
5. Моніторинг і корекція	Оцінка проміжних результатів, адаптація плану	Міждисциплінарна команда	Повторні опитувальники, клінічна оцінка, обговорення з пацієнтом
6. Завершення циклу й реінтеграція	Підготовка до повернення в підрозділ або цивільне життя, планування подальшої підтримки	Команда, ветеранські й спільнотні сервіси	Підсумкові сесії, сімейні зустрічі, маршрутизація до служб у громаді
7. Follow-up та довгостроковий супровід	Дистанційний чи очний нагляд, підтримка, профілактика декомпенсацій	ПМД, ветеранські центри, онлайн-сервіси	Телемедицина, онлайн-консультування, peer-програми, групи підтримки

Кожен етап технології передбачає не лише перелік процедур, але й певну логіку переходів: рішення про перехід до наступного етапу приймається на ос-

нові чітких критеріїв (клінічних, функціональних, соціальних), що підвищує прозорість і прогнозованість для самого військовослужбовця (ARQ International, 2024; WHO, 2024).

3.1.3. Зміст комплексної оцінки та індивідуального плану

Комплексна оцінка є ключовою ланкою технології, оскільки саме на її основі формуються цілі та засоби реабілітації. Вона включає щонайменше три блоки:

1. **Медичний блок**: оцінка соматичного стану, наслідків поранень, хронічного болю, неврологічних і когнітивних функцій, супутніх захворювань.
2. **Психологічний блок**: діагностика симптомів ПТСР, депресії, тривоги, суїцидального ризику, оцінка резилієнтності, базової надії, самоефективності, посттравматичного зростання, особливостей ідентичності та копінг-стратегій (Kondratyuk & Puchalska-Wasyl, 2020; Dyball et al., 2022).
3. **Соціально-функціональний блок**: аналіз сімейної ситуації, зайнятості, економічних ресурсів, підтримки з боку громади, наявності/відсутності конфліктів, якості соціальної мережі (Pinchuk et al., 2025; Vus & Esterlis, 2022).

Індивідуальний реабілітаційний план фіксує результати оцінки, формулює узгоджені цілі (наприклад, зменшення інтенсивності симптомів, повернення до певної ролі, покращення сімейного функціонування, актуалізація ПТЗ у доменах цінностей чи міжособистісних стосунків) та прописує набір інтервенцій із зазначенням термінів і відповідальних фахівців. Такий підхід забезпечує суб'єктність військовослужбовця, а також узгодженість дій різних служб (Weber et al., 2025; WHO, 2022).

3.1.4. Міждисциплінарна команда та координація реабілітаційного простору

Комплексна реабілітаційна діяльність реалізується міждисциплінарною командою, до складу якої, залежно від рівня допомоги, можуть входити: лікарі різних спеціальностей, психіатри, клінічні психологи, фахівці з психолого-педагогічної роботи, фізичні терапевти, ерготерапевти, соціальні працівники, капелани, фахівці з професійної орієнтації, представники ветеранських організацій (ARQ International, 2024).

Координація діяльності команди здійснюється через:

- регулярні мультидисциплінарні наради з обговоренням випадків;
- визначення координатора випадку (case manager), відповідального за комунікацію з пацієнтом і сім'єю;
- використання уніфікованої документації (індивідуальний реабілітаційний план, карта маршруту, протоколи моніторингу);
- інтеграцію із сервісами первинної медичної допомоги та спільнотними службами для забезпечення безперервності підтримки (WHO, 2024; Pinchuk et al., 2025). Таке організаційне рішення знижує ризики дублювання або, навпаки, «провалів» між ланками системи, що особливо критично в умовах значного навантаження на фахівців та високого попиту на послуги.

3.1.5. Інтеграція інноваційних та психолого-педагогічних компонент у технологію

Розглянуті в попередніх підрозділах інноваційні методи (VR-терапія, цифрові програми самодопомоги, мобільні команди, креативні формати) та психолого-педагогічні засоби (психоедукація, тренінги резилієнтності, peer-програми, наративні формати) інтегруються в технологію реабілітації як **модулі,** що можуть включатися до індивідуального плану залежно від потреб та готовності військовослужбовця *(Chaban et al., 2024; Rhodes et al., 2024; Redlener et al., 2025).*

Наприклад, на етапі стаціонарної або спеціалізованої допомоги можуть застосовуватися VR-протоколи в поєднанні з когнітивно-поведінковою терапією, тоді як на етапі спільнотної реінтеграції провідну роль відіграватимуть групи peer-підтримки, тренінги навичок саморегуляції та сімейні психоедукаційні сесії (Chaban et al., 2024; Pinchuk et al., 2025; Weber et al., 2025).

Таким чином, технологія комплексної реабілітації не зводиться до фіксованого набору процедур, а є ***рамкою, в межах якої інтервенції комбінуються й адаптуються*** до конкретного випадку, водночас залишаючись підпорядкованими загальним принципам системності, біопсихосоціальної орієнтації та підтримки посттравматичного зростання.

3.2. Особливості використання арт-терапії у реабілітаційній роботі практичного психолога з військовослужбовцями–учасниками бойових дій

Сучасна соціально-політична ситуація в Україні зумовлює зростання кількості військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях і повертаються до мирного життя з важким травматичним досвідом. Участь у збройних конфліктах часто супроводжується інтенсивними стресовими навантаженнями, що спричиняють розвиток посттравматичного стресового розладу, тривожних, депресивних станів, порушень емоційної регуляції та труднощів соціальної адаптації. Це зумовлює необхідність пошуку ефективних психокорекційних і реабілітаційних підходів, здатних забезпечити відновлення психоемоційної рівноваги військовослужбовців та їх успішну інтеграцію в суспільство.

Одним із перспективних напрямів психологічної допомоги є арт-терапія, що ґрунтується на використанні мистецької діяльності як засобу вираження внутрішніх переживань, подолання психологічних бар’єрів та зниження інтенсивності травматичних симптомів. Арт-терапевтичні методики сприяють актуалізації несвідомих емоційних станів, розвитку здатності до символічного опрацювання травматичного досвіду, зменшенню рівня напруження та формуванню адаптивних стратегій поведінки. Враховуючи специфіку бойової травми, використання арт-терапії у роботі з військовослужбовцями набуває особливої актуальності.

Американські вчені, удосконалюючи методи лікування ветеранів бойових дій, продемонстрували високу ефективність арт-терапії як одного з провідних засобів подолання складних симптомів посттравматичного стресового розладу. Результати їхніх досліджень засвідчили, що:

- процес художньої творчості сприяє релаксації та безпосередньо знижує рівень емоційного гіперзбудження у військовослужбовців–учасників бойових дій;
- невербальне відтворення спогадів та емоцій у художніх образах дозволяє виразити те, що складно передати словами;
- створення конкретного візуального образу формує відчуття контролю над нав'язливими та травматичними спогадами, що сприяє емоційній стабільності;
- усвідомлення травматичних спогадів через творчість полегшує процес їхнього осмислення та сприяє глибшому розумінню самої травми, що пришвидшує психологічне відновлення;
- отримання задоволення від творчої діяльності активізує почуття власної гідності, підвищує самооцінку та полегшує соціальну адаптацію (Collie K, Backos A., Malchiodi C., Spiegel D., 2006).

В Україні, зважаючи на наявність значної кількості військовослужбовців – учасників бойових дій, доцільним є активне застосування арт-терапії у процесі психологічної реабілітації. У сучасних дослідженнях підкреслюється, що арт-терапія є одним із найбільш дієвих методів, що сприяє не лише вирішенню внутрішньоособистісних та міжособистісних конфліктів, а й може бути застосована для опрацювання конфліктів на рівні великих соціальних груп, зокрема міжетнічних чи воєнних (Вознесенська О. Л., 2019, с. 11).

Арт-терапія є одним із провідних напрямів психокорекційної та реабілітаційної роботи з військовослужбовцями, які брали участь у бойових діях. Її специфіка зумовлена тим, що образотворча та творча діяльність виступає безпечним вираження психоемоційних переживань, які нерідко блокуються або витісняються у вербальній комунікації. Арт-терапія сприяє редукції посттравматичних стресових симптомів, зниженню рівня тривожності, страху, агресивності та афективного напруження. Вона забезпечує умови для опрацювання травматичного досвіду, формування навичок емоційної саморегуляції та актуалізації внутрішніх ресурсів особистості.

Основними завданнями арт-терапевтичної роботи є:

- відновлення цілісності образу «Я», що часто фрагментується унаслідок травматичного досвіду;
- надання можливості символічного прояву емоцій, які важко вербалізувати (страх, провина, гнів, сором);
- формування безпечного простору для інтеграції переживань, пов'язаних із бойовими подіями;
- розвиток копінг-стратегій та підвищення стресостійкості;
- сприяння соціальній адаптації та реінтеграції у мирне життя.

Ефективність арт-терапії у роботі з військовими пояснюється її здатністю забезпечувати непряме, символічне опрацювання травматичних спогадів, що знижує ризик ретравматизації. Крім того, творчий процес активізує позитивні емоції, сприяє мобілізації особистісних ресурсів і підвищенню рівня суб'єктивного відчуття життєвої компетентності.

Арт-терапія є ефективним методом регуляції емоцій у військовослужбовців – учасників бойових дій. Емоції є базовим компонентом психічного життя людини, що визначає її адаптивну поведінку, стратегії подолання стресу та рівень психічного здоров'я. Для військовослужбовців, які мають досвід бойових дій, питання регуляції емоцій набуває особливого значення. Травматичний досвід провокує підвищений рівень тривожності, агресивності, емоційного відчуження та симптоматику посттравматичного стресового розладу.

Емоційна регуляція – це процес управління емоційними станами задля збереження психічної рівноваги та ефективного функціонування (Gross, 2015). Порушення цього процесу у військовослужбовців після бойових дій виражається у неконтрольованих афективних проявах, тривалих станах тривожності або, навпаки, у приглушенні емоцій.

Українські вчені наголошують на важливості розвитку внутрішніх механізмів саморегуляції, які дозволяють людині інтегрувати травматичний досвід у структуру особистості. У цьому аспекті арт-терапія розглядається як ресурсний метод, що активізує приховані можливості психіки (Максименко С. Д., 2006). О. Кокун, Н. Агаєв та І. Пішко у своїх дослідженнях зазначають, що з метою психологічного відновлення військовослужбовців доцільним є застосування арт-терапії, яка забезпечує конструктивне опрацювання агресивності та негативних переживань шляхом використання зорових образів. Даний метод дозволяє вивільнити назовні інтенсивні емоції, що виникають у травматичних ситуаціях, знижуючи внутрішню напругу та сприяючи емоційній регуляції (Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І.О., Лозінська Н..С., Остапчук В. В., 2017).

Арт-терапія – це форма психотерапевтичного впливу, яка базується на використанні образотворчої діяльності як інструменту символічного відображення та трансформації внутрішнього досвіду (Malchiodi, 2012). Її ефективність у процесі психологічної реабілітації пояснюється дією низки психологічних механізмів:

1. ***Проєкція*** – перенесення внутрішніх станів, емоцій та несвідомих переживань на художній образ. У такий спосіб людина отримує можливість безпечно виразити те, що складно вербалізувати, і відобразити власні конфлікти у символічній формі.

2. ***Символізація*** – відтворення травматичних подій і переживань у вигляді символів, метафор чи алегоричних образів. Це сприяє їх опосередкованому переживанню, зниженню інтенсивності емоційної напруги та поступовій інтеграції травматичного досвіду у свідомість.

3. ***Інсайт*** – усвідомлення власних емоцій та внутрішніх процесів через аналіз створеного творчого продукту. Завдяки цьому пацієнт здобуває новий погляд на власний стан, що відкриває можливості для особистісного зростання та формування більш адаптивних стратегій поведінки.

4. ***Сублімація*** – трансформація деструктивних емоцій (агресії, тривоги, страху) у конструктивну творчу діяльність. Творчий процес стає безпечним ка-

налом вираження негативних почуттів, які набувають соціально прийнятних і психологічно корисних форм.

5. ***Відчуття контролю*** – формування у людини досвіду впливу на власні внутрішні стани через творчий процес. Завдяки цьому відновлюється впевненість у власних силах, знижується безпорадність і посилюється здатність до саморегуляції.

Символізація у процесі малювання полягає у тому, що психіка трансформує травматичний досвід у візуальний образ, надаючи йому матеріалізованої форми (Rubin, 2005). Це сприяє об'єктивації внутрішнього змісту, створює можливість для його зовнішнього спостереження, аналізу та подальшої інтеграції у структуру «Я». Дослідниця Cathy Malchiodi підкреслює, що арт-терапевтичні техніки дозволяють людині досягати катарсису, знижувати рівень емоційного напруження та формувати більш адаптивні способи переживання травми (Malchiodi, 2012).

Арт-терапія активує праву півкулю та лімбічну систему; створює символічну дистанцію – «Це на папері, а не в середині мене»; дає можливість безпечно відзеркалювати і контейнеризувати; полегшує інтеграцію емоції та когніції.

Класики арт-терапії (Naumburg, 1950; Kramer, 1971) наголошували, що художній процес відкриває можливість для невербального вираження несвідомих переживань, які важко піддаються мовленнєвій репрезентації. Військовослужбовці, які зазнали травматичних подій, нерідко стикаються з труднощами у вербалізації власних емоційних станів, оскільки їхній досвід може супроводжуватися соромом, почуттям провини чи страхом. Саме в таких випадках арт-терапія стає безпечним простором для опосередкованого відтворення та поступового прийняття власних переживань.

Творчий процес у межах арт-терапевтичної роботи виконує комплекс важливих функцій. Зокрема, діагностичну, що полягає у виявленні глибинних переживань, внутрішньоособистісних конфліктів та афективних станів; психокорекційну, спрямовану на зниження рівня психоемоційного напруження та подолання емоційної перевантаженості; терапевтичну, яка забезпечує можливість символізації й поступового опрацювання травматичного досвіду; а також реабілітаційну, що передбачає формування нових адаптивних способів взаємодії з власним внутрішнім світом та соціальним оточенням.

Основні функції арт-терапії у контексті емоційної регуляції:

1. ***Катартична:*** забезпечує вивільнення емоційного напруження шляхом творчого вираження внутрішніх переживань. Художня діяльність дозволяє людині у безпечній формі вивести назовні агресивні, тривожні або пригнічені емоції, що сприяє психологічному розвантаженню. Приклади вправ:

– *«Малювання гніву»* – пропонується використати темні або яскраво-контрастні кольори для відображення внутрішнього гніву та напруження;

– *«Розривання та створення»* – робота з папером (розривання, зминання, а потім створення з фрагментів нового образу).

2. ***Комунікативна***: передбачає використання художніх образів як засобу невербального спілкування. Це особливо важливо для людей, які мають труднощі у вербальному вираженні емоцій (наприклад, військовослужбовці з ПТСР).

Приклади вправ:

– *«Малюнок без слів»* – створення образів, які передають внутрішній стан без вербального пояснення;

– *«Діалог у малюнках»* – клієнт і психотерапевт обмінюються малюнками як формою невербального спілкування.

3. Діагностична: художня творчість дає можливість отримати інформацію про внутрішній стан особистості, її домінуючі емоції, приховані конфлікти та неусвідомлювані переживання. Приклади вправ:

– *«Неіснуюча тварина»* – малювання вигаданої істоти, яка символічно відображає особистісні особливості та приховані конфлікти;

– *«Малюнок сім'ї»* – візуалізація сімейних відносин і ролей.

4. ***Корекційна***: спрямована на зміну ставлення до травмуючих подій і формування більш адаптивних моделей поведінки через символічне відтворення власного досвіду. Приклади вправ:

– *«Перемалювання травматичної події»* – людина малює ситуацію, що викликала біль, а потім трансформує її у більш безпечну або конструктивну;

– *«Маска емоцій»* – створення маски, яка відображає внутрішній стан, з подальшим її обговоренням.

5. ***Ресурсна***: акцентує увагу на творчому процесі як джерелі позитивних емоцій, почуття контролю та власної компетентності, що сприяє підвищенню самооцінки та розвитку внутрішніх ресурсів. Приклади вправ:

– *«Дерево сили»* – малювання дерева, де корені символізують життєві ресурси, стовбур – внутрішню опору, а крона – цілі й мрії;

– *«Кольори мого спокою»* – створення композиції із кольорів, які асоціюються зі стабільністю, гармонією та захищеністю.

Арт-терапія є не лише ефективним методом корекційно-відновлювальної роботи, а й унікальним інструментом психологічної діагностики, який дозволяє отримати більш цілісне уявлення про внутрішній світ людини та глибші уявлення про приховані її переживання. У роботі з військовослужбовцями застосовуються різні форми арт-терапевтичної роботи:

1. Малювання є однією з найбільш поширених технік арт-терапії. Військовослужбовцям пропонується відобразити свої емоції у вигляді кольорів, ліній чи образів. Малюнок може бути як вільним, так і тематичним (наприклад: «Мій страх», «Моя сила», «Я після війни»).

– *Функція:* катарсис і символізація переживань.

– *Роль у регуляції:* допомагає зовнішньо виразити страх, гнів, провину та інші емоції, знижуючи їх інтенсивність.

2. Ліплення та робота з глиною. Тактильна взаємодія з матеріалом дозволяє трансформувати внутрішню агресію у фізичну діяльність, яка має конструк

тивний характер.

– *Функція:* сублімація агресивних імпульсів.

– *Роль у регуляції:* сприяє вивільненню напруги, розвитку відчуття контролю та гармонізації емоційного стану.

3. Колаж. Метод передбачає створення композиції з вирізок журналів, фотографій та інших візуальних матеріалів. Цей процес допомагає структурувати власні переживання та знайти нові символічні образи для їхнього вираження.

– *Функція:* інтеграція фрагментованого досвіду.

– *Роль у регуляції:* дозволяє впорядкувати хаотичні емоції, сприяє формуванню позитивного образу майбутнього.

4. Музикотерапія. Музика використовується як інструмент для регуляції ритму та інтенсивності емоцій. Розрізняють активну музикотерапію (спів, гра на інструментах) і пасивну (прослуховування музики).

– *Функція:* регуляція афективних станів через ритм і темп.

– *Роль у регуляції:* допомагає знизити тривожність, стабілізувати настрій і викликати позитивні емоції.

5. Групова арт-терапія. Робота у групі дозволяє поєднувати творчий процес із соціальною взаємодією. Це важливо для військових, які часто відчувають ізоляцію після бойових дій.

– *Функція:* соціальна підтримка та розвиток комунікативних навичок.

– *Роль у регуляції:* зменшує почуття самотності, сприяє емоційній розрядці у безпечному середовищі.

6. Пісочна терапія. Створення образів у піску сприяє глибинному самовираженню та відтворює «первинний» досвід контакту з реальністю.

– *Функція:* безпечне вираження неусвідомлюваних емоцій.

– *Роль у регуляції:* дозволяє проявити приховані почуття та поступово інтегрувати їх у свідомість.

Арт-терапія дає можливість глибше оцінити емоційний стан і поведінкові особливості людини; визначити, на якому етапі життєвого шляху чи переживання травми перебуває людина; виявити пригнічені переживання минулого, які не проявляються у вербальному спілкуванні; зафіксувати приховані думки та очікування, пов’язані з майбутнім.

Особливу увагу в діагностиці приділяють не лише кінцевому художньому образу, але й самому процесу його творення: вибору матеріалів (фарби, глина, олівці тощо); використанню кольорів та їх поєднань; формам і лініям, що переважають у роботі; швидкості виконання та інтенсивності прикладених зусиль. Приклади інтерпретації невербальних елементів:

- ***Кольори:*** темні відтінки можуть сигналізувати про пригніченість, тривогу чи агресію; яскраві – про піднесення, активність чи прагнення до відновлення. Водночас значення кольорів завжди має індивідуальний характер.
- ***Форми та лінії:*** ламані, різкі лінії часто вказують на напруженість або внутрішній конфлікт; плавні округлі – на гармонію, спокій чи пошук відновлення.

- ***Швидкість і динаміка:*** хаотичні швидкі рухи можуть бути проявом емоційного гіперзбудження, тоді як повільна детальна робота відображає спробу контролювати внутрішній стан.
- ***Матеріали:*** вибір пластичних матеріалів (глина, пластилін) свідчить про потребу у фізичному вивільненні напруги; використання акварелі чи олівців – про бажання м'якого, контрольованого самовираження.

Важливо враховувати, що інтерпретація арт-терапевтичних творів має ґрунтуватися на індивідуальній символіці, притаманній конкретній людині, оскільки вона може не збігатися з усталеними діагностичними схемами.

Особлива увага має приділятися розвитку навичок емоційної регуляції. Військовослужбовці часто відчувають труднощі з контролем гніву, тривоги та інших сильних емоцій у цивільному середовищі. Навчання технікам заземлення, дихальним вправам та іншим методам саморегуляції має бути обов'язковою частиною програми підтримки. Практичний досвід показує, що ці методи сприяють зменшенню симптоматики ПТСР, розвитку навичок емоційної саморегуляції та полегшують процес реінтеграції у мирне життя.

Психокорекційну програму подолання негативних емоційних станів див. *додаток А*.

У межах психокорекційної програми було інтегровано комплекс методів, спрямованих на всебічне відновлення психоемоційного стану. Зокрема, застосовувалися арт-терапевтичні техніки (малюнок, колаж, ліплення з глини, кольоротерапія), релаксаційні та дихальні вправи, елементи когнітивно-поведінкової терапії, тілесно-орієнтовані практики, а також групові обговорення й рефлексія. Поєднання зазначених методів дає можливість забезпечити як вираження та символізацію внутрішніх переживань, так і розвиток навичок емоційної саморегуляції; формування адаптивних способів мислення й поведінки та відновлення цілісного контакту з тілом і соціомум.

Арт-терапія є ефективним засобом для актуалізації емоційно-образного переживання, що сприяє поглибленню внутрішньої комунікації та усвідомленню особистих потреб і переживань. Завдяки творчому процесу відбувається формування нових, адаптивних соціальних і психологічних ролей. Це дозволяє позбавитися неконструктивних поведінкових патернів та виробити більш гнучкі способи реагування на стресові ситуації.

Висновки. Таким чином, арт-терапія у реабілітаційній практиці з учасниками бойових дій є не лише методом психологічної корекції посттравматичних проявів, але й потужним засобом підтримки процесу особистісного зростання, інтеграції бойового досвіду та відновлення здатності до повноцінного функціонування в мирному суспільстві.

Арт-терапія є ефективним методом регуляції емоцій у військовослужбовців з травматичним досвідом війни. Вона забезпечує вираження та трансформацію негативних почуттів, знижує рівень емоційного напруження, сприяє інтеграції пережитого досвіду у структуру особистості та формуванню стресостійкості.

Арт-терапія сприяє переходу від хаотичних афективних переживань до їх символічного опрацювання, що знижує рівень внутрішнього напруження: забезпечують катарсис та водночас формують навички емоційної саморегуляції, що є необхідною умовою психологічного відновлення військовослужбовців.

Ключовою перевагою арт-терапії в процесі реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій є її невербальний характер. Цей метод надає можливість експресії емоційних станів, пов'язаних із травматичним досвідом, без необхідності їх вербалізації. Невербальні засоби часто виступають як єдиний доступний спосіб для артикуляції глибоких травматичних переживань, що значно ускладнює їх усвідомлене вираження.

Отже, роль арт-терапії у регуляції емоцій полягає у створенні безпечного простору для самовираження, розвитку усвідомленості та формуванні адаптивних копінг-стратегій. Це робить її важливим та необхідним інструментом у системі психологічної реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій.

3.3. Потенціал ігрових технологій у реабілітаційній діяльності військовослужбовців

Використання ігрових технологій у роботі з військовослужбовцями, які мають бойовий досвід, розглядається сьогодні як один із перспективних напрямів комплексної реабілітації. Під ігровими технологіями у цьому контексті доцільно розуміти як цифрові й віртуальні ігри (serious games, VR/AR-середовища, «екзергейми»), так і структуровані настільні, рольові та групові ігри, інтегровані в психотерапевтичні, психоосвітні та соціально-підтримувальні програми. Наявні емпіричні дані свідчать, що ігрові формати можуть сприяти зниженню симптомів ПТСР і депресії, підвищенню залученості до реабілітації, розвитку саморегуляції, соціальної підтримки та компонентів посттравматичного зростання (Colder Carras et al., 2018; Grant et al., 2018; Jones et al., 2022; Whitworth & Ciccolo, 2016; Yuan et al., 2025).

Типологія ігрових технологій у реабілітації військовослужбовців

Досвід останніх років дає змогу виділити кілька основних груп ігрових технологій, релевантних для роботи з ветеранами й діючими військовими.

По-перше, це цифрові та «серйозні» ігри, спеціально спроєктовані для психопросвіти, тренування навичок саморегуляції або когнітивної реабілітації. В пілотних дослідженнях із молодими ветеранами показано, що відеоігри можуть розглядатися як потенційний канал для надання компонентів поведінкових інтервенцій, зокрема для підвищення мотивації до лікування та зменшення бар'єрів звернення по допомогу (Grant et al., 2018). Якісні дослідження засвідчують, що для частини ветеранів ігровий простір стає контекстом, у якому вони переживають відчуття контролю, компетентності й «звичайності» повсякденного життя, що підтримує процес відновлення психічного здоров'я (Colder Carras et al., 2018).

По-друге, значний потенціал мають віртуальні середовища та VR-інтервенції. Розроблені VR-протоколи для військових з ПТСР демонструють прийнятність, високу залученість користувачів та добру технологічну сприйнятність у

ветеранів, які проходять лікування (Jones et al., 2022).У рамках таких програм VR використовується як контрольоване середовище для експозиції травматичним стимулам, тренування навичок подолання та поступового відновлення почуття безпеки, а також як інструмент сценарного програвання соціальних і професійних ситуацій.

По-третє, до ігрових технологій у широкому сенсі належать «екзергейми» – ігрові форми фізичної активності з використанням сенсорних платформ, інтерактивних тренажерів тощо. Окремі систематичні огляди підтверджують, що структуровані програми фізичних вправ здатні помірно знижувати симптоми ПТСР і пов'язаного дистресу в військових і ветеранів (Whitworth & Ciccolo, 2016; Yuan et al., 2025). Інтеграція фізичних вправ у ігрові формати потенційно посилює їх мотиваційний компонент, робить реабілітаційні завдання більш привабливими й керованими для пацієнта.

По-четверте, важливим є використання онлайн-ігрових спільнот і платформ як середовищ для організації peer support. Описані програми, у яких ветеранські організації використовують ігрові платформи та спільноти геймерів для надання кризової інтервенції, суїцидопрофілактики та підтримки ветеранів у режимі 24/7 (Colder Carras et al., 2021).

У таких форматах гра слугує «фонозадачею», що знижує тривогу під час контакту, тоді як основним змістом є комунікація, обмін досвідом і взаємна підтримка.

Узагальнено основні групи ігрових технологій, їхні психолого-педагогічні цілі та можливі ризики наведено в *таблиці 3.3.1*.

Таблиця 3.3.1

Основні види ігрових технологій у реабілітації військовослужбовців

Вид технологій	Типові цілі застосування	Потенційні ризики / обмеження
Цифрові / «серйозні» ігри	Психопросвіта, тренування саморегуляції, когнітивна реабілітація	Перевантаження стимулом, конкуренція з традиційною терапією
VR-інтервенції	Експозиція, опрацювання травматичних спогадів, сценарне тренування	Реактивація симптомів, кібер-заколихання, технічні бар'єри
«Екзергейми» (ігрові форми фізичних вправ)	Зниження ПТСР і тривоги, підвищення тонусу, залучення до активності	Соматичні протипокази, ризик перевтоми
Онлайн-ігрові спільноти, peer support	Зменшення ізоляції, підтримка приналежності, кризова допомога	Ризик токсичної взаємодії, складність модерації

Джерела: *Colder Carras et al. (2018, 2021); Grant et al. (2018); Jones et al. (2022); Whitworth & Ciccolo (2016); Yuan et al. (2025).*

Психологічні механізми впливу ігрових технологій

Потенціал ігрових технологій у реабілітації військовослужбовців пов'язаний насамперед з їхньою здатністю активувати центральні механізми, важливі для посттравматичного зростання та відновлення.

По-перше, це підвищення мотиваційної залученості. Ігрові формати забезпечують чітко структуровані цілі, негайний зворотний зв'язок, можливість поступового ускладнення завдань і дозованого успіху, що підсилює відчуття компетентності та самоефективності.

Дослідження ветеранів, які використовують відеоігри в процесі відновлення, показують, що відчуття контролю та майстерності в грі може виступати важливим противажним досвідом до безсилля й хаосу бойових ситуацій (Colder Carras et al., 2018).

По-друге, ігрові формати сприяють тренуванню регуляторних навичок і поведінковій активації.

Дослідження фізичних тренувальних програм для ветеранів із ПТСР демонструють, що навіть відносно помірні за інтенсивністю протоколи можуть призводити до статистично значущого зниження симптомів ПТСР, депресії та тривоги (Whitworth & Ciccolo, 2016; Yuan et al., 2025).

У форматі «екзергеймів» ті ж самі механізми – регулярна активність, самоспостереження, відтермінована винагорода – поєднуються з ігровими елементами, що знижують поріг входження та підвищують дотримання режиму.

По-третє, ігрові технології створюють умови для безпечного експериментування з новими ролями й наративами.

VR-середовища дозволяють поетапно моделювати травматичні або стресогенні ситуації, у яких військовослужбовець може «пробувати» нові стратегії реагування, фіксувати моменти успішного подолання й інтегрувати цей досвід у образ «я, який справляється» (Jones et al., 2022). Така реконструкція ідентичності та смислотворення узгоджується із даними досліджень, які показують, що посттравматичне зростання опосередковується процесами рефлексії й переосмислення травматичного досвіду (Kim et al., 2024; Rhodes et al., 2024).

По-четверте, ігрові спільноти можуть виконувати функцію соціально-ідентифікаційного і підтримувального середовища.

Онлайн-програми, побудовані навколо спільної ідентичності ветеранів-геймерів, демонструють потенціал у зниженні соціальної ізоляції, стигми щодо психічних розладів і в підвищенні доступності кризової підтримки (Colder Carras et al., 2021).

Важливо, що в таких спільнотах поєднуються елементи неформальної взаємодії, спільної ігрової діяльності та структурованих протоколів peer support, що загалом відповідає сучасним підходам до ПТЗ-орієнтованих програм (Rhodes et al., 2024).

Таблиця 3.3.2

Ключові психологічні механізми ефекту ігрових технологій

Механізм	Коротка характеристика	Типові формати
Підвищення мотивації	Почуття контролю, досяжні цілі, миттєвий зворотний зв'язок	Цифрові ігри, екзергейми
Регуляція емоцій і поведінки	Тренування самоспостереження, толерантності до напруження	VR-інтервенції, serious games
Наративна реконструкція	Проживання альтернативних сценаріїв, конструювання нових смислів	VR-сценарії, сюжетні ігри
Соціальна підтримка	Почуття приналежності, взаємодопомога, зменшення ізоляції	Онлайн-спільноти, peer games

Умови безпечного та ефективного використання

Попри значний потенціал, ігрові технології не є універсальним засобом реабілітації. Вони потребують клінічного відбору, чіткого протоколювання та інтеграції в міждисциплінарні програми. Досвід впровадження VR-інтервенцій для військових із ПТСР показує, що прийнятність таких програм зростає, коли вони поєднуються з уже відомими бійцям формами терапії, супроводжуються детальним інформуванням про можливі реакції й мають чітко визначені критерії припинення або модифікації експозиції (Jones et al., 2022). Аналогічно, програми ігрового peer support потребують навчання волонтерів, розробки етичних і кризових протоколів, системи супервізії та координації з професійними службами (Colder Carras et al., 2021). З огляду на результати досліджень фізичної активності при ПТСР (Whitworth & Ciccolo, 2016; Yuan et al., 2025) доцільно поєднувати ігрові формати з доказовими компонентами – контрольованим аеробним навантаженням, елементами когнітивно-поведінкової терапії, груповою підтримкою. Важливо також враховувати індивідуальні відмінності в ставленні до ігор, попередній досвід геймінгу, ризик надмірного використання або уникання реальних проблем через «втечу в гру».

Висновки. Ігрові технології мають виражений потенціал у реабілітаційній діяльності з військовослужбовцями, поєднуючи високий рівень мотиваційної залученості з можливістю цілеспрямованого впливу на ключові механізми відновлення – саморегуляцію, смислотворення, соціальну підтримку та реконструкцію ідентичності. Наявні емпіричні дані, отримані в дослідженнях ветеранів різних країн, підтверджують доцільність інтеграції цифрових ігор, VR-інтервенцій, ігрових форм фізичної активності та онлайн-ігрових спільнот у комплексні програми реабілітації за умови їхньої чіткої клінічної й педагогічної структуризації (Colder Carras et al., 2018, 2021; Grant et al., 2018; Jones et al., 2022; Whitworth & Ciccolo, 2016; Yuan et al., 2025; Kim et al., 2024; Rhodes et al., 2024). Подальші дослідження мають бути спрямовані на оцінку ефективності конкретних протоколів ігрових інтервенцій, аналіз оптимальних доз і комбінацій із традиційними методами, а також на вивчення того, яким чином ігрове середовище може підтримувати посттравматичне зростання та довготривалу інтеграцію ветеранів у цивільне життя.

3.4. Основи застосування тренінгової технології у реабілітації військовослужбовців

Проблеми військових ситуацій і тенденції їх розвитку характеризуються значною варіативністю, багатофакторністю і складністю прогнозування. Дане положення висуває високі вимоги до військовослужбовців. Задоволення цих вимог уможливлюється завдяки підвищення ефективності навчального процесу військових, в тому числі через застосування тренінгових методів навчання. Проте застосування тренінгових методів у військовому середовищі потребує врахування специфіки служби та особливостей військовослужбовців.

Нині існує низка протиріч у визначенні тренінгу як особливої галузі прикладної психології. До цього часу кожна робота, присвячена цій проблемі, починається з визначення поняття тренінгу. У найбільш широкому контексті термін «тренінг» використовують для позначення різноманітних форм групової психологічної роботи. Однак, паралельно існують і такі поняття, як групова психотерапія, психокорекційні групи, групи досвіду, групи активного навчання, практичні експериментальні лабораторії. Іноді доходить до того, що групи одного й того ж виду у різних авторів названі по-різному. Сучасне розуміння тренінгу включає багато традиційних методів групової психотерапії та психокорекції, що змушує шукати його витоки в різноманітних напрямках клінічної психотерапії в групах.

Розглядаючи тренінг у рамках діяльності з розвитку особистості, доречно представити форми групової психологічної роботи, що межують із навчанням, терапією та корекцією. Найбільш наочно це відображено *рисунку 3.4.1*:

Рис. 3.4.1. Співвідношення понять «психокорекція» «психотерапія», «навчання»

Насамперед це передбачає використання активних групових методів практичної психології для роботи з людьми з метою вирішення завдань щодо розвитку та вдосконалення якостей, необхідних для покращення їх соціального буття та професійної діяльності. Особливість тренінгу полягає у його багатофункціональності. Це метод навмисних змін психологічних феноменів людини, групи та організації. Центральною категорією тут є категорія зміни.

Тренінговий вплив спрямовується на досягнення позитивних змін учасників, підвищення ступеня їхньої конгруентності з собою та навколишнім середовищем. На сьогодні більшість авторів, що приділяють увагу проблематиці психологічного тренінгу, докладно описують сфери застосування тренінгу в практиці психологічної допомоги, корекції та для забезпечення особистісного зростання. Термін «тренінг» у вітчизняній науці використовується для позначення методів розвитку здібностей до навчання чи оволодіння будь-яким складним видом діяльності, зокрема спілкуванням.

Основними формами тренінгу є ділові ігри, групові дискусії, рольові ігри, всілякі модифікації «мозкового штурму», «колективні записники» та метод аналізу практичних ситуацій. Тренінг використовується для вирішення широкого кола завдань: нормалізація психічного стану людини, сприяння у розвитку сильних сторін особистості, подолання конфліктності, успішної адаптації до нових умов, мобілізація внутрішнього потенціалу, розширення кола можливостей.

Тренінг сприяє у оволодінні новими навичками через «програвання». Психологічний тренінг є одним з найбільш доступних шляхів різкого прискорення навчання у групі, що досягається завдяки сильному емоційному підкріпленню та посиленню зворотного зв'язку. Слід виокремити наступні сфери використання тренінгу професійних навичок:

- ✓ поповнення знань;
- ✓ виправлення недоліків у виконанні професійних обов'язків;
- ✓ доведення до автоматизму навичок роботи у кризових ситуаціях;
- ✓ закріплення навичок роботи під час виконання особливо важливих функцій;

В процесі проходження тренінгу засвоюються і відточуються різні знання на навички. Груповий метод роботи дозволяє підвищити інтенсивність і стійкість змін, що виникають, максимально використовувати можливості кожного учасника. Особливо широко можливості психологічного тренінгу розкриваються під час впровадження командного методу роботи, згуртуванні колективу як психологічної передумови управлінських нововведень. По суті, це єдиний метод, що дозволяє досягти реальних результатів у цій галузі.

Програма тренінгу складається таким чином, щоб стимулювати учасників виявити ті можливості, які раніше не були задіяні як у професійній діяльності, так і в процесі власного життєконструювання. Тестові заняття проводяться протягом двох-трьох днів і включають різноманітні вправи, наприклад, дискусії у групах, індивідуальні та групові вправи, пробні робочі завдання, рольові ігри та презентації. За результатами спостереження за поведінкою учасників приймаються рішення про посадові, кар'єрні переміщення, формування резерву на висування.

Використання психологічного тренінгу для забезпечення особистісного зростання та вдосконалення (наприклад, для зниження конфліктності людини) містить елементи психокорекції та психології впливу або навіть психотерапії.

Тренінги, будучи формою практичної роботи, завжди відображають своїм змістом певну парадигму того напряму, якого дотримується психолог, який проводить заняття. Уявлення психолога, який проводить тренінг про сутність та ступінь виразності психологічного впливу визначають ступінь «агресивності» цього впливу, розподіл ініціативи між учасниками та психологом, що проводить тренінг. Шкала «агресивності» психологічного впливу в процесі тренінгу поділяється на чотири пункти:

1. ***Тренінг як своєрідний метод «дресури»***, при якому жорсткими маніпулятивними прийомами (негативне та позитивне підкріплення) вибудовується потрібна поведінка учасників.
2. ***Тренінг як тренування***, в результаті якого відбувається формування та відпрацювання умінь та навичок ефективної поведінки.
3. ***Тренінг як форма активного навчання***, метою якого є насамперед передача психологічних знань, а також розвиток деяких умінь та навичок.
4. ***Тренінг як метод створення умов для саморозкриття учасників*** та самостійного пошуку ними способів вирішення власних психологічних проблем.

Отже, ступінь маніпулятивності у наданні психологічного впливу може різко відрізнятися залежно від установок психолога, котрий проводить і відповідає за тренінг. Різне розуміння психологічного сенсу тренінгу випливає з різних теоретичних концепцій провідних тренінгових груп. При всій різноманітності підходів на даний час виділяють три основні концептуальні напрями в психологічному тренінгу: *гуманістичний, поведінковий та психодинамічний.*

Психодинамічний підхід. До психодинамічного підходу відносять, перш за все, транзакційний аналіз та психодраму, а також тілесно-орієнтовану психотерапію. *Транзакційний аналіз* – це психологічний метод, який допомагає людям підійти раціонально до аналізу власної та поведінки іншого, краще усвідомити себе та структуру своєї особистості, а також сутність взаємодії з іншими людьми та внутрішньо запрограмований життєвий стиль – сценарій. Даний напрям передбачає чотири види психологічного впливу, які здійснює психолог у рамках цього підходу: деконтамінація, рекатекування, прояснення та переорієнтація. *Психодраму* визначають як інсценування реальних проблем учасників із обов'язковим розподілом ролей.

На відміну від транзакційного аналізу, у психодрамі людина не розкладає свій життєвий сценарій по полицях, а програє його на сцені, досягаючи розуміння та емоційної розрядки через катарсис – внутрішнє очищення у процесі емоційного відреагування. У момент катарсису настає внутрішнє осяяння, яке допомагає по-іншому поглянути на ситуацію, осмислити її і позбутися дії неефективних сценаріїв, що сковує людину та її поведінку.

Тілесно-орієнтована терапія ставить за мету поступове становлення свободної і відкритої людини. Робота зі своїм тілом, дотик інших членів групи, постійний аналіз своїх внутрішніх відчуттів дозволяють учасникам прийти до повнішого усвідомлення себе, своєї суті.

Поведінковий підхід. Робота в біхевіорально-орієнтованих групах спрямована на виділення неефективних та випробування нових видів поведінки у безпечному оточенні. Суть методу полягає в тому, що якщо згідно з постулатами біхевіоризму свій досвід людина набуває за допомогою навчання, то для виправлення неадекватної поведінки необхідно відучити її від неефективних реакцій і перевчити, виробити більш адаптивні реакції. Типова методика тренінгу – репетиція поведінки. Учасникам демонструється успішна модель поведінки, а потім вони намагаються її освоїти. Успішні дії учасників позитивно підкріплюються реакцією групи чи ведучого, а неуспішні – гасяться негативним підкріпленням. Програма тренінгу складається з професійної приналежності та заздалегідь сформульованого запиту.

Гуманістичний підхід. Гуманістичний підхід грунтується на визнанні унікальності та самоцінності людської особистості. Головне тут – усвідомлення цінності свого існування, прийняття відповідальності за скоєні вчинки, вирішення проблеми автентичності – відповідності способу буття людини у світі її внутрішній природі. До особистості психолога, який працює в даній парадигмі висуваються вимоги, а саме: конгруентність, емпатія, безумовне позитивне прийняття. Учасники, що проходять тренінг, спонукаються до фіксації, оцінки, інтерпретації дій та поведінки партнерів і самих себе. У групі заохочується спонтанність прояву почуттів, відкрите звернення уваги на інтерпретації ворожості, невпевненості у собі, прояви психологічного захисту. Сама процедура групових занять характеризується максимально вільним стилем управління. Метою і завданнями групових занять зазначаються:

- навчання учасників міжособистісної поведінки;
- підтвердження на практиці теорії групової динаміки;
- опрацювання проблем, з якими учасники стикалися у реальному житті;
- допомога учасникам у розвитку вміння керувати;
- застосування отриманих знань поза групою;
- розвиток самопізнання за рахунок зниження бар'єрів психологічного захисту;
- усунення нещирості на особистому рівні.

Проте з усього вищезазначеного слідує, що незважаючи на відмінності у підходах, усі три основні напрями у психологічному тренінгу використовують однакову логіку побудови групового процесу:

І. На першому етапі тренінгу відбувається виведення з внутрішнього плану у зовнішній неконструктивних елементів та моделей поведінки. В біхевіоризм це – демонстрація завчених навичок, в психоаналізі – усвідомлення несвідомих мотивів і бар'єрів, в гуманістичній психології – усвідомлення своєї неавтентичності.

На цьому етапі учасникам пропонується вирішувати поставлені завдання так, як вони можуть це робити без стороннього втручання та спеціального навчання. Ця стадія має діагностичний характер.

Тільки виведення проблемних областей із внутрішнього плану у зовнішній – поведінковий, створює серйозну передумову їхньої подальшої корекції.

ІІ. На другому етапі – побудова моделі ідеальної поведінки у зовнішньому плані. Представники поведінкової психології здійснюють це через штучне створення зразка у вигляді відеозапису чи програвання. Психодинамічний підхід особливо виділяє етап виникнення «звільненої, очищеної» особистості. У гуманістичному підході еталоном найчастіше виступає або поведінка ведучого, або тих учасників, які усвідомили неминучу цінність своєї особистості і прийняли себе такими, якими вони є.

ІІІ. На заключному етапі – модифікація поведінки учасників групи у бік максимального наближення до еталону і закріплення його у внутрішньому плані. У поведінковій психології це досягається через диференціацію підкріплення: позитивне підкріплення успішної поведінки та руйнування старих штампів. Психоаналітичні групи на завершальній стадії «звільняються» від тиску неефективних сценаріїв чи інших конструктів несвідомого. У гуманістичній психології спеціально обговорюються та закріплюються основні засади самоактуалізованої поведінки.

Перспективами застосування тренінгових технологій у роботі з військовослужбовцями з бойовим досвідом можна зазначити такі: 1) надання психологічної підтримки учасникам, 2) навчання їх інструментам, які допоможуть відновити емоційний зв’язок із близькими людьми. Важливими є такі заняття й з військовослужбовцями, що пройшли полон. Вони часто стикаються з глибокими емоційними бар’єрами і травмами, а їхнім сім’ям також потрібно навчитися правильно підтримувати рідних у цей непростий період.

Зміст тренінгової програми роботи з учасниками бойових дій може проводитись за пропонованою програмою. В основі мають бути закладені наступні принципи:

Рис. 3.4.2. Принципи тренінгової програми

Форма проведення занять включає змістовні повідомлення, де будуть, *по-перше*, науково розкриті поняття про саморегуляцію; *по-друге*, застосовуються рольові ігри та практичні вправи; *по-третє*, психодіагностичні процедури та практичні рекомендації. План тренінгових занять включає: тема 1-2 заняття:

Саморегуляція та її значення в житті; тема 3-4 заняття:

Стрес: зрозуміти і керувати ним; тема 5-6:

Система самоуправління: гармонія фізичного і психічного; тема 7-8: Метод самонавіювання: практики самовладання; тема 9-10: Логіка розуму і емоційні стани: принципи взаємовпливу розуму та емоцій.

Таким чином, з вищезазначеного слідує, що тренінг являє собою високоефективний інструмент розвитку та досягнення змін і займає особливе місце у сучасній психологічній науці по відновленню повноцінної роботи психіки, психологічного благополуччя, покращення якості життя та підвищення резилієнтності особливо для військовослужбовців з бойовим досвідом.

Тренінгові методи сприятимуть формуванню високих морально-бойових якостей та вдосконаленню психологічних механізмів управління своєю поведінкою у стресових ситуаціях. Очевидно, що для професійної підготовки військових та їх успішної професійної діяльності в майбутньому ця обставина є особливо важливою.

3.5. Перспективи застосування тренінгової технології у реабілітації військовослужбовців

Тренінг є однією з найефективніших форм психологічної допомоги, адже об’єднує навчання, практичні вправи, групову взаємодію та моделювання реальних життєвих ситуацій. Таке поєднання має особливе значення у роботі з військовослужбовцями, які звикли діяти в умовах структурованості, чітких інструкцій та командної взаємодії. Саме тому тренінговий формат сприймається ними природно.

Тренінг посттравматичного зростання (ПТЗ) ґрунтується на сучасних уявленнях про те, як людина переживає травматичні події (Tedeshi, Calhoun, 1996). На відміну від підходів, що фокусуються виключно на зменшенні симптомів, концепція ПТЗ підкреслює потенціал розвитку, який може виникати у процесі подолання травматичного досвіду. Ідеться не про вимогу «зростати попри все», а про створення умов, у яких людина здатна побачити свої внутрішні ресурси, відновити відчуття опори та повернути собі здатність діяти (Климчук, 2016; Лукомська, 2017; Рибак, 2022).

Наукові дослідження показують, що посттравматичне зростання не є автоматичним наслідком травми (Tedeschi, Calhoun, 1996). Воно виникає через активні когнітивні та поведінкові процеси, зокрема через рефлексію, смислотворення, переоцінку цінностей і формування нового ставлення до себе та свого життєвого шляху (Климчук, 2016; Лукомська, 2017; Рибак, 2022). Для військових ці зміни мають особливу вагу: уміння спиратися на власні ресурси, знаходити сенс у службі та довіряти команді є критично важливими для збереження психологічної стійкості (Харитонова та ін., 2024).

Методологічно тренінг ПТЗ спирається на кілька ключових положень.

По-перше, **поетапність відновлення**. Поки нервова система перевантажена, говорити про рефлексію або смислотворення зарано. Тому тренінг починається з технік стабілізації та повернення відчуття контролю. Лише після цього можливий перехід до глибшої роботи (33).

По-друге, **активний характер змін**. Зростання не відбувається автоматично. Людина конструює нове розуміння себе та світу через дії, спостереження, діалог і підтримку групи (Лукомська, 2017). Тому тренінг має практичну спрямованість та ґрунтується на реальних ситуаціях служби й життя.

По-третє, **центральна роль соціального контексту**. Військовослужбовець існує у системі взаємин: підтримка побратимів і командирів, якість службового середовища та групова згуртованість суттєво впливають на стійкість (Павлик, 2019). Груповий тренінг дозволяє нормалізувати переживання та побачити власний досвід у взаємодії з іншими, що індивідуальна робота не завжди може забезпечити.

Важливо враховувати, що посттравматичне зростання не настає в гострий період після травми. Пріоритетом на ранніх етапах реабілітації є стабілізація, зменшення симптомів та повернення базової емоційної регуляції (34).

Лише після цього у людини з'являється здатність до рефлексії та смислотворення. Тому *тренінги посттравматичного зростання належать до середніх і пізніх етапів реабілітації*, коли військовослужбовець уже може витримувати емоційне навантаження та зберігати концентрацію уваги.

Не менш важливо наголосити, що *тренінг посттравматичного зростання* ***не є травматерапією***. Його *метою є розвиток навичок*, пошук ресурсів і формування адаптивних стратегій.

Для військовослужбовця, який проходить реабілітацію після поранення чи тривалого стресу, важливо знову відчути, що його дії мають значення, що він здатний впливати на події. ПТЗ-тренінг підтримує це через роботу з ресурсами, цінностями, досвідом подолання та груповою підтримкою.

Під час тренінгу категорично *заборонено провокувати ретравматизацію* через обговорення бойових дій, втрат, поранень чи інших деталей, які можуть бути дестабілізуючими для учасників тренінгу. Основний принцип – «не занурюватися в травму».

Тренінг посттравматичного зростання є послідовним і логічно вибудованим процесом розвитку, а не поодиноким тренінговим заняттям. Оптимальною вважається програма з 7-10 занять тривалістю 1,5-2 години. Заняття тренінгу бажано проводити регулярно, приблизно **1-2 рази на тиждень**. Такий темп дає учасникам достатньо часу, щоб потренувати нові навички у повсякденних ситуаціях і водночас не втратити контакт із групою.

Структура тренінгу посттравматичного зростання Кожен модуль програми має завдання і свою послідовність.

Для зручності сприйняття структуру тренінгу представлено у вигляді схеми (рис. 3.5.1).

Щоб зрозуміти, як тренінг реалізується на практиці, доцільно зупинитися на розгляді його етапів. Кожен з них забезпечує поступовий перехід учасників від стабілізації стану до осмислення нових можливостей.

Підготовчий етап передбачає проведення скринінгу потенційних учасників, формування тренінгової групи, організацію простору для занять та підготовку тренерів.

Рис. 3.5.1. Структура тренінгу посттравматичного зростання для військовослужбовців

Скринінг проводиться у форматі коротких індивідуальних співбесід або анкетування. Він дає змогу швидко оцінити, чи можлива участь у тренінгу без ризику для учасника і групи. Тренер звертає увагу на базову стабільність: відсутність гострих симптомів, збережені орієнтацію й увагу, здатність виконувати інструкції тощо. Якщо стан військовослужбовця є достатньо стабільним, а участь добровільною, груповий формат зазвичай не має протипоказань.

У ряді випадків у людини можуть спостерігатися помірні труднощі, як-от, підвищена тривожність, дратівливість, окремі депресивні симптоми або контро-

льований ПТСР. За наявності таких проявів участь у тренінгу можлива, але потребує адаптації: зменшення тривалості зустрічей, регулярної перевірки самопочуття учасників, збільшення кількості стабілізаційних технік і т. п.

Водночас існують стани, за яких участь у груповому тренінгу є недопустимою. До таких належать: гострі психічні епізоди (флешбеки, дисоціації, психотичні прояви, маніакальні стани, емоційний ступор), неконтрольована агресія, тяжкі когнітивні порушення, гострий період після травми, відсутність добровільності або наявність міжособистісних конфліктів, що можуть загрожувати безпеці учасників. У подібних випадках тренер пропонує альтернативні форми допомоги: індивідуальну стабілізаційну роботу, консультацію психолога або, за потреби, медичне втручання.

Отримані під час скринінгу дані можуть бути узагальнені ***в робочому листі тренера, на підставі якого оцінюється готовність до участі в тренінгу*** *див.додаток Б.*

Після скринінгу тренер переходить до формування складу групи. При цьому важливо підібрати відповідну кількість учасників тренінгу. Практика показує, що найкраще працюють групи з 8–12 осіб. Цього достатньо, щоб підтримати динаміку, але водночас зберегти можливість індивідуальної уваги. Крім того, варто мінімізувати ієрархічну різницю (не поєднувати командирів і підлеглих), а також уникати учасників із відкритими міжособистісними конфліктами.

Наступний аспект, який потребує ретельної підготовки – тренерська робота. Досвід засвідчує, що під час проведення тренінгу надзвичайно ефективною є взаємодія двох тренерів: один веде змістовну частину, інший – спостерігає за групою, відстежує емоції та, за потреби, м’яко втручається. Крім того, тренери мають бути професійно готові до роботи з групою, що має травматичний досвід.

Особливе значення має організація простору. Розміщення учасників тренінгу по колу сприяє відкритому обговоренню; півколо доцільне тоді, коли необхідна демонстрація технік, вправ, використання фліпчарту. Добре організований простір знижує напруження, дозволяє почуватися учасникам тренінгу комфортніше.

Підготовчий етап не є частиною самого тренінгу, однак його значення не варто недооцінювати. Якісно проведена підготовка значно підвищує результативність подальшої роботи.

Вступна зустріч передбачає знайомство учасників, узгодження їхніх очікувань, вироблення правил групи та пояснення загальної логіки роботи. На цьому етапі важливо, щоб кожен військовослужбовець відчув, що має право не говорити про те, до чого не готовий, і водночас може ділитися тим, чим хоче.

Щоб учасникам було легше орієнтуватися в роботі, доцільно виробити правила і, бажано, записати на фліпчарті (так вони залишатимуться перед очима та краще запам’ятовуватимуться). Формулювати їх варто лаконічно й зрозуміло. Наприклад, базові правила можуть виглядати так:

1. ***Повага:*** говоримо чесно, слухаємо уважно.

2. ***Конфіденційність****:* усе сказане залишається в групі.

3. ***Добровільність:*** говориш лише те, що хочеш сказати.

4. ***Право на паузу:*** можна не відповідати, можна зупинитися.

5. ***Безпека:*** не переходимо у глибокі травматичні деталі.

Важливо, щоб правила були запропоновані або доповнені самими учасниками тренінгової групи. Так вони сприймаються як власний вибір, а отже, краще виконуються.

У військовому середовищі, де важлива командна взаємодія, цей ефект особливо помітний: створені спільно правила посилюють відчуття відповідальності.

Слід підкреслити, що правила доцільно проговорювати не лише на першій зустрічі, а й коротко повторювати впродовж усього тренінгу. Це організовує й дисциплінує учасників.

Щоб забезпечити поступовий вхід у тренінговий процес і створити безпечну атмосферу, тренер може застосовувати низку базових вправ.

Вправа «Знайомство через ресурс» – учасники по черзі називають своє ім'я та одну річ, яка підтримує їх у повсякденному житті (звичка, дія, людина, предмет, думка). Вправа допомагає створити безпечний простір, активізувати ресурсний фокус і плавно розпочати групову взаємодію.

Вправа «Правила групи» (спільне формування) **–** тренер пропонує 5–6 базових правил взаємодії (конфіденційність, добровільність, повага до меж, право на паузу тощо) та запрошує учасників доповнити перелік власними пропозиціями. Результатом є короткий «груповий контракт», який допомагає підтримувати безпеку та передбачуваність роботи.

Вправа «Очікування та внесок» – **к**ожен учасник коротко відповідає на два запитання: 1. *«Що я хочу отримати від тренінгу?»; 2. «Що я можу дати групі?»***.** Вправа дає змогу узгодити очікування, окреслити мотивацію та підсилити відчуття відповідальності за спільний процес.

На цьому етапі у нагоді для тренера можуть стати такі фрази: «Ми працюємо за принципом добровільності, тому кожен говорить лише те, що готовий сказати»; «Усі почуті історії залишаються в межах групи»; «Ви маєте право не відповідати на запитання, якщо не хочете».

На завершення вступної зустрічі можна зазначити, що ключові умови для подальшої роботи сформовані: група знайома, правила встановлені, очікування узгоджені. Це дає можливість рухатися далі та переходити до змістових модулів тренінгу.

Стабілізаційний модуль – на цьому етапі учасники навчаються технік, які допомагають заспокоїтися в момент сильного напруження. Це вправи на усвідомлення тіла, відчуття опори, орієнтацію у теперішньому моменті, регулювання дихання. Військовослужбовці часто зазначають, що певні реакції «вмикаються автоматично», і саме стабілізаційні техніки дають змогу зупинити цей автоматизм і повернути суб'єктивне відчуття керування ситуацією.

Головне завдання тренера – навчити учасників помічати власні сигнали напруги та вчасно переходити до методів саморегуляції.

Типові практики цього модуля включають: дихальні техніки з акцентом на

подовженому видиху, заземлення (фокус на відчуттях тіла, опорі, диханні) та вправи «тут-і-тепер» для стабілізації уваги. Приміром, ***дихальна техніка "4-6"*** (вдих 4 секунди – видих 6 секунд) заспокоює симпатичну нервову систему. Техніка ***«Заземлення 5-4-3-2-1»*** (назвати: 5 що бачу / 4 що чую / 3 що можу відчути тактильно / 2 запахи / 1 думку) допомагає зменшити внутрішню напругу та переключити фокус з інтенсивних переживань на зовнішні відчуття. Вправа ***«Точка опори»*** спрямована на пошук у тілі місця, яке відчувається найбільш стабільним або заспокійливим (наприклад, стопи на підлозі, долоні на колінах), що допомагає повернути контроль над станом.

Приклади фраз тренера: «Дозвольте собі знайти опору: відчуйте підлогу під ногами, стілець під тілом»; «Якщо під час виконання вправи ви відчуєте напруження – це нормально, просто поверніться до дихання»; «Наша ціль – не "відключити" емоції, а допомогти вам керувати ними».

Під час завершення стабілізаційного модуля тренер коротко повторює ключові прийоми, звертає увагу на досвід учасників і пропонує обрати 1-2 техніки, які вони готові застосовувати в повсякденних ситуаціях. Учасникам рекомендується практикувати обрані техніки між зустрічами, щоб сформувати навички швидкої саморегуляції.

Психоедукаційний модуль спрямований на формування базового розуміння того, що таке посттравматичне зростання. Тренеру важливо пояснювати посттравматичне зростання як процес, а не як вимогу чи норму, якої потрібно досягати. Доречно наводити короткі життєві приклади, але уникати пафосних історій, щоб не викликати порівнянь чи очікувань «правильного» зростання. Під час роботи необхідно зберігати спокійний темп, давати учасникам час на осмислення інформації та підтримувати атмосферу безпеки. Основна мета модуля – знизити тривожність і допомогти учасникам побачити, що багато переживань є природними для людської нервової системи.

Наголосимо: не слід просити учасників деталізувати травматичний досвід або описувати конкретні події! Психоедукація має залишатися безпечною та стабілізуючою, підтримуючи поступовий вхід у тренінговий процес.

Для підтримки роботи модуля рекомендовано застосовувати такі вправи.

Міні-лекція + вправа «Як працює ПТЗ?» – тренер коротко пояснює п'ять ключових сфер посттравматичного зростання (за Tedeschi & Calhoun). Учасники обирають сферу, зміни в якій вони вже помічали у собі або в інших.

Вправа «Стрес: що кероване / що некероване» – учасники розподіляють різні ситуації на дві категорії – те, що вони можуть контролювати, і те, що наразі не піддається контролю. Це знижує відчуття безпорадності та допомагає сфокусуватися на сфері власного впливу.

Приклади фраз тренера: «Посттравматичне зростання – це не про те, щоб "радіти травмі", а про зміни, які можуть виникати після складного досвіду»; «Ми не будемо обговорювати самі події, нам важливо зосередитися на тому, як досвід

вплинув на вас і які зміни ви помічаєте»; «Ваші реакції є природними для людської нервової системи і ми будемо працювати з тим, що допомагає відновлювати рівновагу».

Завершувати модуль бажано короткою стабілізаційною вправою або технікою саморегуляції, щоб повернути групу у врівноважений стан.

Модуль роботи з досвідом спрямований на безпечне усвідомлення подій, що вплинули на військовослужбовця, без занурення в деталі травми. Основний акцент робиться не на змісті самої події, а на тому, як учасник діяв у складних умовах: які рішення приймав, на які ресурси спирався, що допомогло йому впоратися із ситуацією. У фокусі роботи мають бути способи реагування та ресурси учасників, а не сама травматична подія. Забороняється детальний опис травматичних сцен. Обговорення відбувається у безпечному форматі: тільки стільки, скільки учасник готовий озвучити, без тиску та поспіху. Тренеру важливо запобігати перетворенню групи на обмін травматичними історіями. Слід пам'ятати, що мета цього модуля – допомогти людині побачити власні ресурси, а не відтворювати болючі моменти.

Для цього етапу можуть бути рекомендовані такі вправи.

Вправа «Моменти сили» – учасники згадують не саму подію, а конкретний момент, коли вони відчули здатність діяти або ефективно впоралися із ситуацією. Мета вправи – перенести увагу з травми на власну компетентність.

Вправа «Ресурс у дії» – тренер пропонує учасникам відповісти на запитання: «Що тоді допомогло мені втриматися?» або «На кого чи на що я спирався в той момент?». Вправа допомагає усвідомити підтримувальні ресурси, які діяли в критичній ситуації.

Вправа «Мій спосіб реагування» – увага спрямована на поведінкові реакції, а не на зміст події. Учасники аналізують, що саме вони робили у складній ситуації й які дії допомогли їм рухатися вперед.

Тренер ставить запитання про реакції, а не про зміст події («Що ти відчував?», «Що змінювалося у тілі?»), уникає деталізації травматичних моментів і підтримує нормалізацію реакцій («Так реагує нервова система після тривалого стресу»). Важливо дозволяти паузи, не поспішати й не тиснути на учасників. Тренер контролює межі безпеки та не допускає порівняння чи описання травматичних сцен у деталях.

Приклади фраз тренера: «Не потрібно описувати подію детально. Нас цікавить те, що допомогло вам вистояти»; «Що у вашій поведінці тоді було корисним?»; «Хто або що підтримувало вас у той момент?»

Після роботи з досвідом учасники отримують можливість побачити свої ресурси та способи реагування, які допомагали їм у складних ситуаціях.

Модуль переосмислення та формування смислів – є одним із *ключових* етапів тренінгу. На цьому рівні учасники аналізують, як пережитий досвід вплинув на їхні цінності, погляди та ставлення до життя. Робота спрямована на те, щоб допомогти людині усвідомити, які внутрішні зміни вже відбулися, що стало

пріоритетом, які орієнтири з'явилися або змінилися. У такий спосіб учасник отримує можливість побачити, як події трансформували його ставлення до себе та світу. Тренеру важливо м'яко переводити фокус учасників від фактів до смислів, підтримуючи поступовий і безпечний темп роботи. Не слід нав'язувати «правильні» цінності чи створювати очікування обов'язкового зростання. Смисли є індивідуальними, і кожен учасник рухається у власному темпі, відповідно до своєї готовності. У змішаних за переконаннями групах необхідно уникати релігійних або філософських узагальнень, які можуть спричинити суперечки. Якщо учасник поки що не бачить змін або смислів, тренеру варто підкреслювати нормальність цього стану, адже переосмислення є процесом, який не у всіх відбувається одночасно.

У процесі заняття можуть бути застосовані такі практичні вправи.

Вправа «Що змінилося в мені?» спрямована на те, щоб учасники назвали декілька внутрішніх змін, які вони помітили після непростих подій. Метою вправи є усвідомлення вже наявних трансформацій.

Техніка «Мій сенсовий компас» передбачає роботу з чотирма запитаннями: 1) що для мене важливо; 2) чому я продовжую рухатися; 3) що дає мені орієнтири; 4) які цінності стали ближчими. Виконання техніки допомагає сформувати внутрішню навігацію та уточнити особисті пріоритети.

Вправа «Перехід із виживання до розвитку» пропонує учасникам порівняти два стани: «Як я діяв у режимі виживання?» та «Як хочу діяти зараз?». Такий підхід дає змогу побачити можливі зміни у способах реагування та визначити напрямок подальшого розвитку.

Зразки фраз тренера, які можуть підтримати учасників під час роботи: «Що сьогодні дає тобі відчуття сенсу?»; «Чому ти навчився завдяки службі?»; «Що здивувало тебе в собі останнім часом?»; «Що ти зараз вмієш, чого не вмів раніше?». На цьому етапі часто виникає типова трудність, коли учасник не бачить жодних смислів. У такому разі тренер може відповісти: «Це нормальний етап. Не поспішай. Давай подивимося хоча б на те, що змінилося у твоєму ставленні або поведінці». Цей модуль є з'єднувальною ланкою між минулим досвідом і майбутніми діями. Він допомагає учасникам перейти від усвідомлення до дій.

Модуль розвитку навичок ПТЗ спрямований на формування стійких моделей поведінки, які підтримують посттравматичне зростання в повсякденному житті та умовах служби. На цьому етапі учасники вчаться застосовувати конкретні інструменти: навички когнітивної гнучкості (оновлення інтерпретацій, пошук альтернативних пояснень, робота з мисленнєвими автоматизмами); формування ресурсно-орієнтованого мислення (вміння бачити наявні ресурси та можливості, а не лише проблеми чи дефіцити); навички комунікації в складних ситуаціях, що підсилюють взаєморозуміння та зменшують напругу.

Завдання тренера полягає в тому, щоб продемонструвати можливість практичного застосування цих навичок та допомогти учасникам інтегрувати їх у власну поведінку.

Корисним буде виконання наступних практичних вправ.

Вправа «3 стратегії, які мені підходять» – учасники обирають зі списку три навички або підходи, які вони реально готові застосовувати найближчим часом. Це допомагає уникнути перевантаження й зосередитися на тому, що є практичним і досяжним.

Техніка «Я-повідомлення» – учасники вчаться говорити про свої потреби без конфлікту та звинувачень, використовуючи формулу: «Коли…, я відчуваю…, тому мені важливо… і я прошу…». Навичка корисна як у військовому колективі, так і в будь-яких взаєминах.

Рольова практика «Складна розмова» – програвання безпечних сценаріїв: розмова з командиром, родичем, побратимом, підлеглим. Мета – відпрацювати навички саморегуляції, чіткої комунікації та пошуку конструктивних рішень у напружених ситуаціях.

У роботі тренера на цьому етапі доцільними будуть такі фрази: «Які нові способи реагування можуть бути корисними саме для вас?»; «Давай подумаємо, яка з цих стратегій найближча тобі сьогодні»; «Що з цих навичок ти можеш використати вже цього тижня?»

Завершуючи модуль розвитку навичок, тренеру варто наголосити, що в кожного учасника вже є власні ресурси та змога вчитися новим реакціям. Іншими словами, військовослужбовці можуть керувати своїм станом і поведінкою у повсякденному житті.

Інтеграційний модуль дає змогу учасникам узагальнити все, що вони опанували протягом тренінгу, та визначити, як отримані знання й навички можуть застосовуватися в реальному житті. На цьому етапі формується практична перспектива: учасники переходять від рефлексії та набуття навичок до їхнього реального використання у щоденних ситуаціях.

Важливо допомогти учасникам поставити реалістичні, досяжні цілі на найближчий період. Ефективним є підхід роботи з мікрокроками – невеликими, конкретними діями, які людина може виконати протягом найближчого тижня або двох. Така структура підсилює відчуття контролю, поступу та забезпечує плавний перехід від тренінгового простору до реального життя. Учасники завершують тренінг із чітким розумінням того, якими конкретними діями вони можуть підтримувати своє посттравматичне зростання.

У цьому модулі доречні такі практичні **вправи для інтеграції:**

1. ***Вправа «Моя траєкторія» –*** учасники створюють лінію власного шляху: «де я був → де я зараз → куди рухаюся». Вправа допомагає побачити динаміку змін і визначити напрям подальшого розвитку.

2. ***Вправа «Ресурсний рюкзак» –*** учасник виписує п’ять ресурсів, які забирає з тренінгу: навички, розуміння, підтримку, внутрішні сили. Це формує відчуття наповненості та готовності до наступних кроків.

3. ***Вправа «Що з цього я можу застосувати завтра?» –*** учасники адаптують опановані навички до умов служби чи повсякденного життя. Мета – визна-

чити одну–дві дії, які можна реалізувати вже найближчим часом.

4. ***Техніка «План підтримки себе на 2–3 тижні»*** **–** учасники створюють короткий документ або нотатку, де зазначають конкретні дії (техніки регуляції, фізичну активність, контакти підтримки, межі відпочинку, практики відновлення і т. п.), що допоможуть підтримувати психологічну стійкість.

Під час роботи тренеру варто акцентувати увагу на маленьких, досяжних кроках і підтримувати учасників у формуванні реалістичних очікувань. ***Доцільно використовувати такі формулювання:*** «Що для тебе буде наступним маленьким кроком?»; «Який крок ти можеш зробити вже цього тижня?»; «Що для тебе реально змінити найближчим часом?»; «Майбутнє – це не великий стрибок, а ланцюг малих кроків»; «Що з цього тренінгу ви реально плануєте використовувати?»; «Які умови вам потрібні, щоб навички працювали?»; «Що може завадити? Як з цим упоратися?».

Інтеграційний модуль дозволяє учасникам перетворити отримані знання на конкретні дії та реальні плани. Завдяки фокусуванню на малих кроках військовослужбовці завершують тренінг з розумінням, що саме їм робити зараз, щоб підтримувати власну стійкість і зростання.

Завершальна зустріч підсумовує всі тренінгові заняття та допомагає учасникам закріпити напрацювання, отримані протягом усього процесу. Це простір, де група може відрефлексувати свій шлях, ще раз побачити власні зміни, ресурси й здобуті навички, а також зрозуміти, як підтримувати посттравматичне зростання після завершення програми.

На цьому етапі важливо створити атмосферу завершеності, визнати вклад кожного учасника та підкреслити цінність спільного шляху. Тренер спрямовує увагу на досягнення, навіть невеликі, і допомагає побачити поступ, який стався з кожним.

Особлива роль відводиться підтримці відчуття автономії: учасникам важливо зрозуміти, що розвиток не закінчується з тренінгом, а може продовжуватися у їхньому повсякденному житті.

Завершальна зустріч може включати коротку рефлексію, обмін спостереженнями, виконання однієї підсумкової вправи та формування побажань собі в майбутньому. Доцільно також повернутися до початкових очікувань і подивитися, які з них справдилися, а які перетворилися на нові цілі.

Можливі елементи завершальної зустрічі:

1. Техніка «Коло рефлексії» **–** кожен учасник відповідає на одне–два запитання: що з тренінгу стало для мене найціннішим?; що я забираю з собою?

2. Порівняння «До – Після» **–** повернення до очікувань першої зустрічі та коротке обговорення, що змінилося в ставленні, поведінці, відчуттях.

3. Вправа «Мій наступний крок» **–** учасник формулює один реальний крок, який готовий зробити протягом найближчих днів.

4. Підсумкова стабілізаційна техніка (коротка вправа для врівноваження й завершення процесу).

Після виконання всіх вправ та обговорення ключових тем тренер звертається до групи із завершальним словом. У ньому він підсумовує пройдений шлях, дякує учасникам і надає підтримку на майбутнє.

Приміром, це може звучати так: «Друзі, щиро дякую кожному з вас за активну участь, відкритість і прагнення до зростання. Ми пройшли важливий шлях – від першої зустрічі до сьогоднішнього етапу, і кожен із вас зробив свій унікальний внесок у створення цієї особливої групової динаміки. Ми разом навчалися, помилялися, підтримували одне одного та ставали кращими. І хоча цей етап добігає кінця, справжній розвиток лише починається.

Бажаю вам не зупинятися на досягнутому, зберігати натхнення й надалі рухатися вперед – усвідомлено, впевнено та з вірою в себе».

Посттренінговий супровід (не обов'язковий, але рекомендований етап) може включати післятренінгові зустрічі, короткі консультації, доступ до додаткових матеріалів тощо. Це допомагає учасникам не загубити напрацьовані навички і вчасно звернутися по допомогу, якщо виникнуть труднощі.

Як бачимо, кожен етап тренінгу має свою логіку й функцію, однак реальна групова динаміка не завжди розгортається за ідеальним сценарієм. У процесі роботи можуть виникати ситуації, які потребують додаткової уваги тренера (погіршення стану учасника, поява ознак ретравматизації, загостренням конфлікту тощо). Саме тому важливо заздалегідь розуміти можливі труднощі й мати чіткі алгоритми дій у складних моментах.

У таких ситуаціях тренер діє послідовно: робить паузу, проводить стабілізацію групи або конкретної особи, за потреби достроково завершує сесію, забезпечує індивідуальну допомогу або передає учасника медичному персоналу, а також визначає можливість продовження роботи у наступні дні.

На практиці такі випадки виникають нечасто, однак тренер має бути готовим реагувати професійно та впевнено. Тому нижче подано таблицю «Алгоритм дій тренера в критичній ситуації», яка допомагає швидко орієнтуватися у складних моментах.

Головний принцип – *психолог не залишає учасника самого,* доки необхідна допомога не буде надана та його стан не стабілізується. Це гарантує атмосферу безпеки, критично важливу в роботі з військовослужбовцями.

Алгоритм дій тренера в критичній ситуації поданий в *таблиці 3.4.1.*

Окрім алгоритмів реагування на складні ситуації, тренеру важливо вміти оцінювати результати проведеної роботи. *Ефективність* тренінгу визначається не швидкістю змін, а тим, наскільки учасники починають краще розуміти власні реакції, відчувати більше внутрішнього спокою, впевненіше керувати своїм станом та поступово застосовувати набуті навички у реальному житті. Часто після завершення програми військовослужбовці зазначають, що змогли по-іншому поглянути на свій досвід і знайти нові смисли в пережитому.

Саме такі поступові, усвідомлені зміни й становлять ключовий критерій результативності даного тренінгу.

Таким чином, тренінг посттравматичного зростання є методично обґрунтованою програмою, що створює умови для поступового відновлення військовослужбовців. Структура тренінгу забезпечує логічний перехід від стабілізації стану до переосмислення життєвих цінностей та опанування нових поведінкових навичок, необхідних для подальшої адаптації й розвитку.

Груповий формат роботи дає змогу нормалізувати переживання, отримати підтримку та побачити власні реакції в ширшому контексті. За умови дотримання принципів безпеки тренінг стає простором, у якому учасники можуть працювати з тим, що для них актуально, без ризику ретравматизації.

Таблиця 3.5.1

Алгоритм дій тренера в критичній ситуації

Критична ситуація	Ознаки	Дії тренера
Психічний криз у учасника	паніка, дезорієнтація, неконтрольований плач/ступор, суїцидальні висловлювання, різке погіршення стану	1) негайно зупинити сесію; 2) вивести учасника у безпечний простір; 3) застосувати техніки стабілізації (дихання, орієнтація); 4) передати медичному/черговому фахівцю; 5) не залишати людину саму до отримання допомоги
Ретравматизація кількох учасників	різке підвищення тривоги, сльози, відхід у себе, пласкі емоції, дисоціативні реакції, тремор	1) зробити паузу; 2) стабілізувати групу (заземлення, дихання, орієнтація на “тут і тепер”); 3) перенаправити увагу на нейтральну тему; 4) оцінити доцільність продовження заняття
Груповий конфлікт, який тренер не контролює	підвищені голоси, звинувачення, агресія, відмова слухати один одного	1) зупинити обговорення; 2) встановити правило тиші; 3) дати чіткі рамки (“зараз ми не продовжуємо конфлікт”); 4) стабілізувати учасників; 5) прийняти рішення про завершення сесії
Ризик фізичної або психологічної шкоди	агресивні рухи, руйнування майна, загроза самоушкодження, небезпечна поведінка	1) негайно припинити тренінг; 2) забезпечити фізичну безпеку; 3) викликати відповідальних осіб/медиків; 4) не залишати людину без нагляду
Перехід у глибоку травму (надмірні деталі травматичних подій)	детальний опис бою, смерті, крові, провини, втрати	1) м’яко зупинити розповідь; 2) перенаправити на безпечні теми (“ми не йдемо в глибоку травму”); 3) стабілізувати учасника; 4) відновити групову безпеку

Ефективність програми проявляється в поступових змінах: зростанні усвідомленості, більш зважених реакціях на стрес, здатності спиратися на власні ресурси та застосовувати нові стратегії поведінки в службових і життєвих ситуаціях. Саме ці ознаки свідчать про початок процесу посттравматичного зростання та практичну користь тренінгу для військовослужбовців.

3.6. Можливості сімейної терапії у процесі здійснення комплексної реабілітації сімей військовослужбовців

Сучасні дослідження військової психології переконливо демонструють, що наслідки бойової травми мають системний характер і охоплюють не лише окремого військовослужбовця, а й його сім'ю. ПТСР, депресія, моральна травма й соматичні наслідки війни пов'язані з підвищеним рівнем дистресу в подружжя, конфліктністю, порушенням батьківських функцій та підвищеним ризиком психологічних проблем у дітей (Dekel & Monson, 2010; Galovski & Lyons, 2004; Renshaw et al., 2011). У цьому контексті сімейна терапія розглядається як ключовий компонент комплексної реабілітації, спрямований одночасно на зменшення симптоматики у військовослужбовця, відновлення функціонування сімейної системи та підтримку потенціалу посттравматичного зростання на рівні родини.

Вплив бойової травми на сімейну систему

Дані оглядових робіт свідчать, що військовий ПТСР асоційований із високим рівнем подружнього дистресу, зниженням задоволеності стосунками, підвищенням імовірності конфліктів та насильницьких форм поведінки (Dekel & Monson, 2010; Galovski & Lyons, 2004). У подружжя ветеранів описуються феномени вторинної травматизації та вторинного ПТСР, які проявляються у симптомах тривоги, депресії, гіперпильності, порушеннях сну та уникання, не пов'язаних із прямим перебуванням у зоні бойових дій (Renshaw et al., 2011; Dekel & Solomon, 2006, за: Dekel & Monson, 2010). Діти військовослужбовців демонструють підвищений ризик емоційних і поведінкових труднощів, проблем у навчанні та порушень прив'язаності (Lester et al., 2016; Beardslee et al., 2011).

Таким чином, сім'я військовослужбовця виступає одночасно середовищем ризику й ресурсом. З одного боку, невирішені симптоми ПТСР, зловживання психоактивними речовинами, емоційна відстороненість і дратівливість ветерана підвищують навантаження на всіх членів сім'ї. З іншого боку, саме сімейна система може забезпечити підтримку, стабільність, корекцію дезадаптивних патернів та створення умов для посттравматичного зростання як самого військовослужбовця, так і його близьких. Це обґрунтовує необхідність цілеспрямованих сімейних інтервенцій у структурі комплексної реабілітації.

Теоретико-методологічні підходи до сімейної терапії у військовому контексті.

У літературі окреслено кілька основних теоретичних рамок, у межах яких розробляються сімейні інтервенції для військовослужбовців та їхніх родин. Системна парадигма розглядає симптоми ПТСР як результат порушення взаємодії «індивід – сім'я – контекст» і акцентує увагу на циклах емоційної та поведінкової

взаємодії, що підтримують дистрес (Dekel & Monson, 2010; Galovski & Lyons, 2004). Когнітивно-поведінковий підхід, реалізований у програмах спільної терапії ПТСР, зосереджується на зміні травма-пов'язаних переконань, навичках комунікації, спільному подоланні уникання та відновленні спільної діяльності (Monson & Fredman, 2012; Monson et al., 2012).

Окремий напрям представлений превентивними програмами, орієнтованими на сім'ї військовослужбовців у процесі ротацій та після повернення з місії. Такі моделі, як FOCUS (Families OverComing Under Stress), поєднують психоосвіту, тренування навичок комунікації, спільне смислотворення щодо досвіду війни та роботу з дитячими реакціями (Beardslee et al., 2011; Lester et al., 2016).

У новіших оглядах наголошується на важливості сімейно-центрованих підходів, які одночасно адресують потреби військовослужбовця, партнера та дітей, а також враховують тривалість і повторюваність бойового стресу (Lee et al., 2025; Turgoose & Murphy, 2019).

Таблиця 3.6.1.

Основні теоретичні рамки сімейної терапії у контексті військового ПТСР

Підхід	Ключові акценти	Типові цілі втручання
Системний	Сім'я як єдина система, цикли взаємодії, кордони, ролі	Зменшення конфліктів, реструктурування ролей
Когнітивно-поведінковий	Травма-пов'язані переконання, навички комунікації, уникання	Зниження симптомів ПТСР, покращення стосунків
Превентивно-сімейно-центрований	Резилієнтність, психоосвіта, спільне смислотворення	Профілактика дистресу, підтримка дітей

Джерела: *Dekel & Monson (2010); Galovski & Lyons (2004); Monson & Fredman (2012); Beardslee et al. (2011); Lester et al. (2016); Lee et al. (2025); Turgoose & Murphy (2019).*

Емпірично обґрунтовані моделі сімейної терапії

Найбільш вивченою спеціалізованою моделлю є когнітивно-поведінкова спільна терапія ПТСР (Cognitive-Behavioral Conjoint Therapy for PTSD, CBCT for PTSD), розроблена для пар, де один із партнерів має ПТСР (Monson & Fredman, 2012). Модель передбачає 15 сесій, спрямованих на одночасне зниження симптомів ПТСР та поліпшення функціонування стосунків через модулі безпеки, емоційної комунікації, спільного подолання уникання й переоцінки травма-пов'язаних переконань. Рандомізовані контрольовані дослідження показали, що CBCT для ПТСР призводить до значущого зниження всіх кластерів симптомів, покращення травма-пов'язаних когніцій та підвищення задоволеності стосунками (Monson et al., 2012; Macdonald et al., 2016).

Значну доказову базу також має програма FOCUS, яка є сімейно-центрованим превентивним втручанням для військових сімей із високим рівнем стресу, пов'язаного з розгортаннями та поверненням (Beardslee et al., 2011). Лонгітюдні

дослідження продемонстрували, що участь у FOCUS асоційована зі зниженням симптомів ПТСР та депресії у батьків, поліпшенням функціонування дітей, а також зростанням сімейної резилієнтності (Lester et al., 2016).

Окремі огляди присвячені інтервенціям для партнерів військовослужбовців із ПТСР. Зокрема, у систематичному аналізі програм підтримки партнерів показано, що психоосвітні групи, консультативні програми та інтеграція партнерів у лікування ПТСР сприяють зниженню їхнього дистресу та покращенню подружнього функціонування (Turgoose & Murphy, 2019; Lee et al., 2025). Це особливо важливо в умовах, коли партнери виконують роль неформальних доглядачів, зіштовхуються з високим навантаженням і ризиком вигорання.

Таблиця 3.6.2

Емпірично обґрунтовані сімейні інтервенції у військовому контексті

Модель / програма	Цільова група	Основні компоненти	Встановлені ефекти
CBCT for PTSD	Пари, де один партнер має ПТСР	КБТ-модулі, комунікація, спільне подолання	Зниження ПТСР, покращення стосунків
FOCUS	Сім'ї військових (батьки + діти)	Психоосвіта, резилієнтність, сімейна нарація	Менше симптомів у батьків і дітей, краща згуртованість
Програми підтримки партнерів	Партнери ветеранів з ПТСР	Психоосвіта, групова підтримка, консультування	Зниження дистресу, менше конфліктів

Джерела: *Monson & Fredman (2012); Monson et al. (2012); Macdonald et al. (2016); Beardslee et al. (2011); Lester et al. (2016); Turgoose & Murphy (2019); Lee et al. (2025).*

Роль сімейної терапії в контексті посттравматичного зростання

Хоча більшість досліджень сімейних інтервенцій були орієнтовані на редукцію симптомів ПТСР і покращення сімейного функціонування, у новіших роботах наголошується на потенціалі сімейної терапії як середовища для підтримки посттравматичного зростання (Rhodes et al., 2024; Kim et al., 2024).

Формування спільних наративів про травматичний досвід, визнання внеску кожного члена сім'ї, розвиток взаємної емпатії, а також реконструкція ідентичності ветерана й родини загалом можуть сприяти позитивним змінам у доменах особистісної сили, цінування життя, поглиблення стосунків і духовно-екзистенційних трансформацій.

Сімейна терапія створює структуру, у якій відбувається не лише «лікування симптомів», а й спільне смислотворення, узгодження очікувань щодо майбутнього, планування життєвих цілей після війни. Для українського контексту це особливо актуально з огляду на масштаб травматизації, тривалість війни та поєднання бойового досвіду з втратою житла, переміщенням, економічною нестабільністю, що впливають на всі рівні сімейного функціонування.

Виклики та перспективи впровадження в Україні

Умови тривалої війни створюють специфічні бар'єри для розгортання сімейної терапії: просторове роз'єднання членів сім'ї (служба, евакуація, міграція), хронічний стрес, обмежені кадрові ресурси, нерівномірна доступність послуг. Водночас досвід інших країн свідчить, що сімейно-орієнтовані програми можуть бути адаптовані до гібридних форматів (онлайн-сесії, короткі інтенсивні модулі під час відпусток і ротацій, групові формати для сімей військових частин) (Lester et al., 2016; Collins et al., 2024).

Перспективними напрямами є інтеграція елементів CBCT для ПТСР у вже наявні протоколи психотерапевтичної допомоги ветеранам, розробка україномовних сімейно-центрованих програм із урахуванням культурних та релігійних особливостей, а також включення компонентів підтримки партнерів і дітей до програм реадаптації при військових частинах, у ветеранських центрах і спеціалізованих клініках. Окремої уваги потребують сім'ї полонених, загиблих і зниклих безвісти, у яких робота з горем, складним трауром і переосмисленням ідентичності сім'ї має бути невід'ємною частиною комплексної реабілітації.

3.7. Технологія психологічної допомоги, підтримки і самодопомоги у подоланні наслідків травмуючих ситуацій, розвитку стресостійкості та здатності до швидкої адаптації особистості, її вплив на посттравматичне зростання особистості

Сучасні виклики, пов'язані з виконанням військового обов'язку в зонах підвищеного ризику та бойових дій, актуалізують проблему *психологічного забезпечення* військовослужбовців, які зіткнулися з психотравмуючим досвідом (ПТД). Несвоєчасне або фрагментарне надання допомоги призводить до розвитку *посттравматичного стресового розладу (ПТСР),* важких адаптаційних порушень та проблем з *реінтеграцією* у мирне життя.

Представлені методичні рекомендації розроблені *з метою підвищення ефективності психологічного забезпечення* військовослужбовців, які зіткнулися з травмуючим досвідом у ході виконання службових обов'язків, та покликані забезпечити практичну основу для роботи фахівців психологічних служб. А також, вони *розроблені з метою* створення *системної методологічної основи* для фахівців, не тільки військовим психологам, а насамперед цивільним практичним психологам і психотерапевтам, які працюють з військовослужбовцями – учасниками бойових дій (комбатантами) та їхніми сім'ями, цивільним населенням, які пережили травми в умовах воєнного стану. Цей підрозділ є описом *авторської інтегративної «Технології»*, розробленої для системного подолання наслідків психотравмуючого досвіду (ПТД) у військовослужбовців-комбатантів, їх сімей і цивільних у складних умовах, шляхом цілеспрямованого розвитку *психологічної компетентності конкурентоспроможної особистості* у контексті *самореалізації, життєстійкості***,** та *реінтеграції,* посттравматичного зростання військовослужбовців.

Структура даних методичних рекомендацій забезпечує логічну послідовність: Проблема (Травма) → Ресурс (Стійкість, Стресостійкість і Адаптація) → Результат (Посттравматичне зростання). Названа структура повністю відповідає *компетентній парадигмі і методології реалізації авторської інтегративної «Технології».*

Дані методичні рекомендації є систематизованим комплексом сучасних науково обґрунтованих підходів та практичних технік для роботи з військово-службовцями на різних етапах подолання травми (від гострої фази до довгострокової реабілітації). *Основна мета:* надати практичним психологам чіткі алгоритми дій, інструменти оцінки та втручання для сприяння психологічній стійкості та особистісного зростання і посттравматичного зростання військовослужбовців у процесі переробки травматичного досвіду.

3.7.1. Особливості вирішення проблем забезпечення психологічної допомоги подолання наслідків травмуючих ситуацій, розвитку стресостійкості, швидкої адаптації особистості, як ресурсу посттравматичного зростання і відновлення» на основі реалізації інтегративного інструментарію «Технології» формування психологічних компетентностей конкурентоздатності особистості, у сучасних складних швидкозмінних умовах

Розкриємо інтегративний інструментарій, який може виступити у ролі засобів, які трансформують руйнівний потенціал травми, стресу на ресурс для особистісного розвитку і посттравматичного зростання. Без активного *втручання (психологічної допомоги) та внутрішніх зусиль (самодопомоги)* травматичний досвід з більшою ймовірністю призведе до ПТСР (посттравматичного стресового розладу), а не до зростання. У контексті даного дослідження ми акцентуємо основну увагу на науково-методичному забезпеченні психологічної допомоги, засобами розвитку стресостійкості та здатність до швидкої адаптації, як ресурс посттравматичного зростання. З метою вирішення вище зазначених суспільно значимих проблем, в складних життєвих травмуючих ситуаціях, нами *за теоретико-методологічну, методичну та практико-орієнтовану основу використано інтегративний інструментарій «Технології формування психологічних компетентностей конкурентоздатності особистості у швидкозмінних умовах інноваційної діяльності»* (автор, В.П. Чудакова) [51-58; 74] (далі «Технологія»). *Метою даної адаптованої* (до поточної теми) *інтегративної «Технології*» є надання комплексного та послідовного алгоритму дій, спрямованих на мінімізацію руйнівного впливу психотравмуючого досвіду, відновлення функціональності військовослужбовця та активізацію його внутрішніх ресурсів для підвищення стресостійкості та адаптивності, стимулювання і розвитку посттравматичного зростання (компетентності).

Говорячи, про обґрунтування інтегративного підходу і механізмів реалізації «Технології» для військовослужбовців (комбатантів). Зауважимо, що механізм подолання наслідків психологічних проблем, і розвиток посттравматичного зростання військовослужбовців заснований на інтеграції двох взаємопов'язаних і

взаємодоповнюючих моделей «Технології: ***1). Діагностичної моделі експертизи:*** забезпечує не просто оцінку симптомів, а профілю ресурсів військовослужбовця на основі шести факторів (фактори − компетентність: Ф1. цілепокладання; Ф2. мотиваційна; Ф3. подолання психологічних проблем, стресостійкості та швидкої адаптації; Ф4. комунікативна; Ф5. специфічні (подолання конфлікту, публічні виступи, синдром вигоряння); Ф6. інноваційна). ***2). Корекційно-розвиваючої моделі (тренінг-коучинг):*** надає рефлексивний інноваційний інструментарій тренінгу-коучингу для цілеспрямованого розвитку дефіцитних психологічних компетенцій (факторів), що неможливо досягти лише традиційної симптоматичної терапії. Вона складається з 2-х програм «індивідуальної програми» тренінгу-коучингу (формування психологічних компетентностей особистості) і «загальної програми» тренінгу-коучингу (підготовки експертів-тренерів), які будуть представлено нижче.

Реалізація «Технології» *звернена до компетентнісної парадигми* розвитку психологічної стійкості та самореалізації. *Ключовим ядром є авторська інтегративна «Технологія»*, мета якої – перевести особу зі стану постраждалого у стан активного суб'єкта, здатного до посттравматичного зростання (ПТР).

Комплексна система науково-методичного забезпечення психологічної допомоги основаної на реалізації авторської «Технології» *долають традиційний підхід,* сфокусований виключно на усунені (лікуванні) симптомів травматичного досвіду і психологічних проблем, *нами пропонується компетентнісна парадигма розвитку* психологічної конкурентоздатності / стійкості та самореалізації. *Інтегративна «Технологія», опирається*: на теоретико-методологічну базу; верифіковану (доведення) функціональну структуру моделей її реалізації; валідний психодіагностичний інтегративний інструментарій експертизи (діагностика, оцінювання і прогнозування); результати математично-статистичного аналізу обробки емпіричних даних (факторний, кореляційний, кластерний), виявлену скриту 6-ти факторну структуру компонентів і показників, і їх взаємозв'язок; інтегративні інтерактивні методи корекційно-розвивальної моделі рефлексивного-інноваційного тренінгу-коучингу («індивідуальну» і «загальну» прогами.

Ефективна реалізація «Технології» дозволяє перевести особу військовослужбовця зі стану постраждалого *у стан активного суб'єкта, здатного до посттравматичного зростання (ПТР).* Отже*, реалізація моделей «Технології»» покликані* як забезпечити подолання наслідків травми, а й сприяти успішної самореалізації військовослужбовця – учасника бойових дій у мирному суспільстві.

Незважаючи на те, що «Технологія» розроблялася для використання у мирний час (освіта, психологія, бізнес, медицина, система МВС), своєї актуальності вона набула в екстремальних умовах, під час світової кризи пов'язаної covid-19 (тренінги-коучинги: 1) психологічне забезпечення населення в умовах карантину та після карантинний період; 2) психологічна стійкості в умовах дестабілізації викликаними covid-19 (впроваджено в Україні 2020-2021)), а також, у надзвичайних /екстремальних умовах військового стану, виявлено, що її ключові

елементи мають найвищу актуальність для особистісного та посттравматичного зростання комбатантів і цивільних. Таким чином, доведено, що її доцільно використовувати не тільки у стабільний і мирний час, а й в умовах кризи, і складних життєвих травмуючих ситуаціях воєнного стану [51-58; 74].

Зокрема на основі «Технології» нами розроблено і впроваджено науково-методичне забезпечення психологічної допомоги, підтримки і самодопомоги у подоланні наслідків травмуючих ситуацій, розвитку стресостійкості та здатності до швидкої адаптації, і виявлення її впливу на посттравматичне зростання особистості. Нижче надамо практико-орієнтовану інформацію у даній публікації.

Ключова перевага «Технології» – усунення акценту з «роботи з травмою» на «формування психологічних компетентностей конкурентоздатної особистості» (самореалізація). Це знімає бар'єр стигми (слабкості), який є головною причиною відмови від психологічної допомоги. Психолог виступає як коуч-тренер, мотивуючи військовослужбовця не необхідністю лікувати минуле, а можливістю будувати успішне майбутнє та знаходити себе на ринку праці. Таким чином, реалізація «Технології», надає практичним психологам – як цивільним, так і військовим – верифікований інтегративний інструментарій для підготовки військовослужбовців до повноцінного, усвідомленого та успішного життя після завершення служби, у цивільних, мирних умовах. Кожна із моделей «Технологія» *містить в собі основні блоки:* **І блок** − інформаційно-смисловий; **ІІ блок** – діагностичний, аналітично-інтерпретаційний та прогностичний; та **ІІІ блок** – корекційно-розвивальний. Розкриємо зміст названих блоків і результати реалізації, кожної із моделей «Технології» нижче у цій публікації.

3.7.2. Актуалізація проблем наслідків в умовах сучасних викликів і загроз, «психологічної травми» і «психологічної допомоги», необхідності забезпечення спеціальної психологічної підготовки фахівців-психологів. І блок − Інформаційно-смисловий блок

У інформаційно-смисловому блоці опишемо актуалізацію проблем дослідження (*табл. 3.7.1*): опис наслідків в умовах сучасних викликів і загроз; актуалізація проблеми «психологічної травми» і «психологічної допомоги». Актуалізація необхідності забезпечення спеціальної психологічної підготовки фахівців-психологів

Таблиця 3.7.1

Інформаційно-смисловий блок актуалізації проблем дослідження

Опис актуальних проблем, наслідків в умовах сучасних викликів і загроз
Мешканці України сьогодні переживають серйозні емоційні потрясіння, пов'язані великою кількістю проблем, особливої уваги заслуговують психологічні проблеми різних потерпілих верст населення. **Воєнний конфлікт спричинив** низку важких ситуацій, які для людей стали стресовими, кризовими, травмівними. Серйозних **випробувань зазнають різні потерпілі версти населення:** 1) військовослужбовці, як ті, хто бере участь у бойових діях, так і

демобілізовані, їхні сім'ї; 2) мирні жителі, що перебувають у зоні конфлікту, вимушені переселенці, родини загиблих і постраждалих, найбільш постраждалою стороною в ситуації воєнного конфлікту виявляються діти і їх батьки, жінки, люди похилого віку, інваліди, які відчувають сильне почуття незахищеності; 3) цивільні фахівці при виконані професійних обов'язків в умовах воєнного стану (системи освіти, медицини, силових структур, бізнесу, інфраструктурних підрозділів, психологічної і соціальної сфери тощо), і всі, хто працює з наслідками цих дій і потерпілими. **Вони переживають** серйозні емоційні потрясіння, пов'язані із загрозою життю, втратою близьких і страх цієї втрати, майна, роботи, розділенням і розпадом сімей, безробіття, вимушеним переселенням, відмовою від колишніх життєвих смислів, зростає кількості людей з адиктивними, депресивними.

Цим **людям важко адаптуватися** до нових складних обставин, нелегко і в повсякденному житті та професійній діяльності. У них може погіршуватися і фізичне, і психічне здоров'я, загострюватися наявні проблеми та з'являтися нові. Постійне внутрішнє невдоволення створює платформу соціальних конфліктів;. психологічних проблем: наслідків травм, стресів, страхів і фобій, травмівних спогадів і переживання, почуття образи і провини через відчуття безсилля змінити неприйняту ситуацію готує ґрунт для психосоматичних, психотравмівних порушень.

Актуалізація проблеми «психологічної травми» і «психологічної допомоги»

Важливо зазначити, що матеріальні збитки, кількість фізично постраждалих людей можна оцінити, але практично не піддається оцінці психоемоційну, моральну шкоду, завдану цими подіями. *З'ясовано*, що **«психіка людини» – складна багатофункціональна система**, що дозволяє людині витримувати травматичний досвід, адаптуватися навіть до найжорсткіших і часом нелюдських умов життя. Проте травматичний досвід зберігається у глибинних системах психіки і починає латентно (скрито) впливати на життя людини, дорослого чи дитини.

Проблема «психічної травми» *безпосередньо пов'язана* з глибинними феноменами психіки і сприймається як афективний слід переживань, пов'язаних травмуючою подією – це зовнішня подія, яка заподіяла людині, дорослому чи дитині, середовищі існування шкоди, наслідки якого переживаються інтенсивно, що свідома частина психіки неспроможна їх прийняти.

Щоб **звести до мінімуму руйнівні наслідки травмівних ситуацій**, сприяти збереженню психічного здоров'я, необхідна психологічна допомога, підтримка постраждалим, як в умовах екстремальної / кризової / надзвичайної ситуації, так і після повернення із зони ризику.

Психологічні проблеми дорослих та дітей потребують професійного вирішення та психологічного супроводу і науково-методичного забезпечення.

Актуалізація необхідності забезпечення спеціальної психологічної підготовки фахівців-психологів

Особливого значення і уваги набуває професійна психологічна допомога, підтримка та спеціальна психологічна підготовка фахівців-психологів і психотерапевтів.

Складні умови буквально змусили психологів та інших представників допомагаючих професій, **підвищувати свій кваліфікаційний рівень**. Часто стикаючись зі складними ситуаціями, наодинці вони змушені активувати всі свої ресурси: емпатію, співчуття, когнітивні процеси, що призводить до почуттів виснаження, професійного стресу і синдрому професійного і емоційного вигоряння. Особливо гостро ця проблема заявляє про себе в умовах дефіциту часу.

Актуальності і уваги **набирають проблеми формування психологічних компетентностей забезпечення психологічної допомоги, реабілітації, підтримки, самодопомоги,** для подолання наслідків травмуючих ситуацій, розвитку стресостійкості та здатності до швидкої адаптації», та стимулювання посттравматичного зростання. **Особливого значення це набуває в умовах воєнного часу,** коли людина стикається з безпрецедентними викликами, зазнаючи вплив подій, що травмують, все це може призвести до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривожних станів, депресії, зниження мотивації, концентрації уваги та загальної дезадаптації (та інше перераховане вище). Зараз актуалізувалась проблема психологічного забезпечення військовослужбовців-комбатантів, ветеранів так і цивільного населення, які стикаються з психотравмуючим досвідом (ПТО).

Все це підтверджує нагальну потребу підготовки фахівців для вирішення названих проблем. Забезпечення необхідними теоретико-методологічними і практико-орієнтованими психологічними компетентностями фахівців, які працюють у галузі психологічної допомоги, психолого-соціальної підтримки та медико-психологічної допомоги постраждалому населенню у надзвичайних/ екстремальних ситуаціях, складних життєвих травмуючих ситуаціях.

3.7.3. Особливості і зміст «1. Діагностичної моделі експертизи компетентностей конкурентоздатності особистості» «Технології». ІІІ блок – діагностичний, аналітично-інтерпретаційний та прогностичний блок

Повна назва: «Діагностична модель експертизи психологічних компетентностей конкурентоздатності особистості у швидкозмінних умовах інноваційної діяльності», *першої складової* «Технології») (далі «1. Діагностична модель експертизи»). Вона відповідає констатувальному і контрольно-аналітичному діагностичному етапу дослідження, що *дає можливість виявлення* сильних і слабких сторін психологічних компетентностей, виявлення дефіциту конкретних компетентностей (наприклад, низький рівень саморегуляції, тощо).

Підібраний валідний та надійний інтегративний інструментарій психодіагностичних методів, розроблено цільовий показник, визначено прогностичні оцінні компоненти і показники дослідження [51-58; 74]. За результатами математично-статистичної обробки емпіричних даних (програма SPSS: факторний, кореляційний, кластерний аналіз), нами *виявлено латентну (приховану) структуру факторів «пріоритетних психологічних компетентностей конкурентоздатність особистості»* (автор методики ППКК, В. П. Чудакова) [51-58; 74].

Розкриємо їх змістовне наповнення, кореляційні навантаження, їх зміст, особливості їх взаємозв’язку і їх кореляційні навантаження (*табл. 3.7.2*).

Таблиця 3.7.2

Зміст та результати реалізації «1. Діагностичної моделі експертизи психологічних компетентностей конкурентоздатність особистості», 6-факторна структура

«1. Діагностична модель експертизи психологічних компетентностей конкурентоздатність особистості» (є першою частиною «Технології»)
Цільовий і прогностичні оцінні компоненти і показники дослідження
У результаті реалізації діагностичної моделі експертизи визначено *стан* сформованості компетентностей конкурентоздатність особистості, зокрема: – інноваційності когнітивні; - Комунікативні; – рефлективності та самоусвідомлення себе як професіонала; - Мотиваційною; самоактуалізації; - компетентностей психологічної стійкості, стресостійкості та здатності до швидкої адаптації; емоційно-вольової саморегуляції; вирішення конфліктів; - цілепокладання, психотехнології постановки та досягнення цілей.; особисті якості; – праксіологічні компетентності (психолого-професійні); –
Результат математично-статистичного аналізу (програма SPSS)
За результатами математично-статистичного аналізу реалізації компонентів діагностичної моделі «Технології» *виявлено латентну (приховану) 6-ти факторну структуру «пріоритетних психологічних компетентностей конкурентоздатність особистості (ППКК), (за авторською методикою)* [8].
Структура, зміст і кореляційні навантаження 6-ти факторної структури:
Фактор 1. Компетентності цілепокладання (r=0,927): − оволодіння ефективними стратегіями постановки і досягнення цілей (r=0,873); − визначення своєї місії та свого призначення (r=0,873). **Фактор 2. Мотиваційна компетентність**, зокрема, вміння створювати позитивну мотивацію (r=0,736). **Фактор 3. Компетентності подолання психологічних проблем, травм і розвиток стресостійкості та здатності до швидкої адаптації:** − оволодіння навичками гнучкого реагування на ситуацію (r=0,794); − вміння вийти новий рівень управління своїми станами (r=0,794); − уміння набувати емоційну стійкість у складних життєвих ситуаціях та здатність до швидкої адаптації (r=0,709); − оволодіння методами позбавлення від почуття образи, подолання відчуття провини, залежностей, комплексів (r=0,674); − вміння переформувати наслідки психологічних травм та інших травмуючих спогадів (r=0,620); − вміння розвивати стресостійкість та здатність до швидкої адаптації (r=0,751); − вміння використовувати методи переформування страхів, фобій, тривоги, песимізму та депресії (r=0,413). **Фактор 4. Комунікативна компетентність**: опанування технологій ефективної взаємодії з людьми (колегами (r=0,886); − взаємодія з керівниками (r=0,878), − учнями (r=0,713), їх батьками, рідними (r=0,975); − вміння налагоджувати відносини довіри та співпраці (r=0,975); вміння вирішувати міжособистісні протиріччя (r=0,743). **Фактор 5.** Спеціальні (специфічні) компетентності: (r=0,906), який об'єднав у собі три показники: 1) подолання конфліктів та вирішення міжособистісних протиріч (r=0,687); 2) оволодіння мистецтвом публічних виступів (r=0,610); 3). подолання професійного стресу та синдром професійного вигоряння (r=0,655). **Фактор 6.** Інноваційна компетентність(r=0,961): − стан рівня інноваційності (позитивний, нульовий рівень, негативна інноваційність) (r=0,987); − тенденції інноваційності (направленості) - (інтелектуально-теоретична, емоційно-практична) (r=0,987).

Названий перелік *ключових 6-ти структурних факторів* це не просто перелік 6-ти факторів, ***це фундамент для побудови*** корекційно-розвивальних програм, психотехнологій, інтегративного інструментарію психологічної допомоги, спеціальної психологічної підготовки на основі реалізації «2. Корекційно--розвивальної моделі багаторівневого тренінгу-коучингу», який надамо нижче.

3.7.4. Механізми подолання травм і забезпечення посттравматичного зростання через 6-ти факторну структуру (детермінант)

У результаті верифіковано (доведено), що представлена ***факторна структура*** психологічних компетентностей конкурентоздатності / самореалізації, ***виступає системою детермінант, щодо забезпечення посттравматичного зростання*** (ПТР), що є *центральним механізмом подолання травми* і ***розвитку посттравматичного зростання*** [51-58; 74] (*табл. 3.7.3*).

Таблиця 3.7.3

Факторна структура (компетентностей), як система детермінант забезпечення посттравматичного зростання, як центральний механізм подолання травми

№. Фактори (компетентність)	Детермінуючий механізм подолання травми, що забезпечує посттравматичний ріст для комбатантів
Ф1. Цілепокладання	**Відновлення сенсу:** Подолання апатії та почуття безнадійності, характерних для ПТСР, через формування ***нових, громадянських цілей*** та життєвої перспективи. **Компетентність Цілепокладання**: ПТСР часто супроводжується ***втратою сенсу*** та бачення майбутнього. Відновлення здатності до ***цілепокладання*** (як цивільного, так і особистісного) стає ***основним механізмом*** відновлення ідентичності та запобігання депресивним станам.
Ф2. Мотиваційна	**Активізація внутрішніх ресурсів:** Переключення уваги з травми на ***пошук можливостей*** *та* ***самореалізацію.*** **Мотиваційна компетентність:** Травма призводить до ***мотиваційної апатії***. Тренінг цієї компетентності дозволяє психологу ***реактивувати внутрішню мотивацію (внутрішні ресурси)*** особистості для пошуку нових ролей та можливостей ***(самореалізація)***.
Ф3. Подолання психологічних проблем, стресостійкості та швидкої адаптації	**Ключовий механізм стабілізації та зростання:** Безпосередньо забезпечує ***регуляцію афекту*** та ***переформування травмуючих спогадів*** (уміння вийти на новий рівень управління своїми станами).
Ф4. Комунікативна	**Відновлення соціального капіталу:** Подолання ***соціальної ізоляції*** *та* ***емоційної відчуженості,*** спричинених травмою, через ефективну взаємодію з сім'єю та суспільством.
Ф5. Специфічні (подолання конфлікту, публічні виступи, синдром вигоряння)	**Професійний та соціальний захист:** Зниження ризику ***вторинної дезадаптації*** (конфлікти, вигоряння) при поверненні до робітничого чи соціального колективу.
Ф6. Інноваційна	**Механізм гнучкості та ПТР:** Здатність ***креативно переосмислити*** травматичний досвід та застосовувати нові, нестандартні підходи до вирішення життєвих проблем.

Результати впровадження «Технології» на основі математично-статистичної обробки емпіричних даних (SPSS: факторного, кореляційного аналізу) надали можливість доведення, *чому вище зазначена факторна структура (компетентності) є ключовим механізмом подолання травми та досягнення ПТР.*

3.7.5. Особливості і зміст «2. Корекційно--розвиваюча модель тренінгу-коучингу «Технології»: загальний дизайн, особовості реалізації, інструментарій експертизи і корекції як ресурс посттравматичного зростання особистості. ІІІ блок − корекційно-розвивальний.

3.7.5.1. Загальний дизайн і складові «2. Корекційно--розвиваючої моделі тренінгу-коучингу «Технології». *Повна назва:* «2. Корекційно-розвивальна модель багаторівневого рефлексивно-інноваційного тренінгу-коучингу формування психологічних компетентностей конкурентоздатності особистості у швидкозмінних умовах інноваційної діяльності». Названа модель реалізується на основі *двох програм* багаторівневого рефлексивно-інноваційного тренінгу- коучингу: **2.1) »індивідуальної програми»** тренінгу- коучингу РІТ: «Сучасні психотехнології формування психологічних компетентностей конкурентоспроможної особистості у швидкозмінних умовах інноваційної діяльності». Складається із 12 модулів. Нижче надаймо її структуру, зміст і результати впровадження [51-58; 74] (табл. 3.7.4; 3.7.5; 3.7.6). **2.2) »загальної програми тренінгу-коучингу РІТ:** «Підготовка експертів-тренерів реалізації «технології формування психологічних компетентностей конкурентоздатності особистості у швидкозмінних умовах інноваційної діяльності», як ресурсу посттравматичного зростання. Складається із 5-х рівнів і 7-ми модулів. Повна інформація опублікована у публікаціях [51-58; 74]. *Виявлено, що впровадження «Технології» і моделей* її реалізації: «діагностичної моделі експертизи» і «корекційно-розвивальної моделі тренінгу-коучингу РІТ», надали *можливість забезпечити повний цикл:* від діагностики до наукового підтвердження ефективності «Технології.

Перевага розробки над традиційними методами навчання. Багаторівневий рефлексивно-інноваційний тренінг-коучинг (РІТ), як складова **«Технології,: дозволяє** за невеликий проміжок часу: **1). вирішити завдання** інтенсивного формування і розвитку здібностей і компетентностей, які необхідні для реалізації професійного і особистісного самовизначення, зосередження на цьому зусиль дозволяє досягати оптимального розкриття та задіяння творчого потенціалу особистості в житті та професійній діяльності; **2). надає можливість розкрити нові можливості,** для успішного інноваційного вирішення багатьох задач професійної діяльності, ефективного формування особистості з задіянням її особистих зусиль і резервів; **3). забезпечити пошук людиною в самій собі** мобілізуючих факторів для виходу із утруднень, екстремальних і проблемних ситуацій. 4**). РІТ виступає як засіб***:* вивільнення творчого потенціалу, підвищення особистісного росту і професійного росту, розвитку та корекції різноманітних людських змін. **5). Результатом є** помітні особистісні і професійні зміни, які відбуваються у його учасників. Багаторівнева модель тренінгу-коучингу і модулі РІТ описані у наукових публікаціях автора [51-58; 74].

3.7.5.2. «Загальна програма» тренінгу-коучингу підготовки експертів-тренерів: зміст і структура. *Повна назва.* «Багаторівневий рефлексивно-інноваційний тренінг-коучинг (РІТ) «Підготовка експертів-тренерів реалізації «технології формування психологічних компетентностей конкурентоздатності особистості у швидкозмінних умовах інноваційної діяльності», як ресурсу посттравматичного зростання [51-58; 74]. **Структура «загальної програми» РІТ:** складається **і**з 5-х рівнів і 7-ми модулів (кожен наступний модуль є логічним продовженням та завершенням попереднього). Курс дозволяє впровадити «Технологію» самостійно у практику діяльності замовника.

3.7.5.3. Зміст, структура «індивідуальної програми» тренінгу-коучингу: структура і зміст, особливості реалізації. *Повна назва:* Багаторівнева «індивідуальна програма» рефлексивно-інноваційного тренінгу-коучингу (РІТ) «Сучасні психотехнології формування психологічних компетентностей конкурентоспроможної особистості у швидкозмінних умовах інноваційної діяльності». Вона *складається* з 12-ти модулів (кожен наступний модуль є логічним продовженням та завершенням попереднього). Її зміст, структура надано *табл. 3.7.4.*

Таблиця 3.7.4

Зміст, структура «індивідуальної» програми тренінгу-коучингу (РІТ)

2.2. Індивідуальна програма рефлексивно-інноваційного тренінгу-коучингу (РІТ): «Сучасні психологічні технології формування компетентностей конкурентоспроможної особистості у швидкозмінних умовах інноваційної діяльності».
Структура і зміст «індивідуальної програми» тренінгу-коучингу (РІТ)
«Індивідуальна програма» РІТ: складається з 12-ти модулів (кожен наступний модуль є логічним продовженням та завершенням попереднього): **Зміст «індивідуальної» програми РІТ:** *І-й модуль:* Теоретичні та методичні засоби проведення рефлексивно-інноваційного тренінгу, коучингу (РІТ). *ІІ модуль:* Розвиток комунікативної та інтерактивної компетентності. *ІІІ модуль:* Компетентність подолання психологічних проблем: страхів, фобій та інших спогадів, що травмують. *IV модуль:* Компетентність подолання життєвих криз, розвиток психологічної стійкості, стресостійкості та здатності до швидкої адаптації. *V-й модуль:* Компетентність рефлексії, самоусвідомлення себе, навички використання ефективних стратегій створення адекватної самооцінки та впевненості. *VI модуль:* Компетентність попередження та врегулювання міжособистісних протиріч та конфліктних ситуацій. *VII-й модуль:* Розвиток компетентності цілепокладання: стратегії та тактики постановки та досягнення цілей. *VIII-й модуль:* Компетентності подолання професійного стресу та синдрому професійного вигоряння особистості та організації. *IX модуль:* Компетентність створення позитивної мотивації. *X-й модуль:* Компетентність оволодіння мистецтвом публічних виступів. *XI-й модуль:* Компетентності «технології ефективного проведення дискусій різновиду суперечок». *XII модуль:* Витоки та результати сучасних психотехнологій формування компетентностей конкурентоздатність особистості, особливості їх використання.

3.7.5.4. Особливості реалізації РІТ. *Послідовність модулів побудована на основі результатів кластерного аналізу*. Структура «індивідуальної» програми РІТ має повний цикл формування компетентностей конкурентоспроможної / самореалізації і особистісного розвитку. З метою реалізації названої програми рефлексивно-інноваційного тренінгу-коучингу, нами використано інтегративний інструментарій сучасних психотехнологій практичної психології, психотехнології, які мають значний потенціал у контексті психологічної допомоги з подолання наслідків травмуючих ситуацій, розвитку стресостійкості та швидкої адаптації учасників освітнього процесу, особливої важливості це набуває в умовах екстремальних і кризових ситуаціях, вагомого значення воно має у воєнний час і післявоєнний період, для надання психологічної допомоги, проведення тренінгів, коучингів, консультування.

3.7.5.5. Практичний інтегративний інструментарій (приклад) реалізації «індивідуальної» програми РІТ для забезпечення психологічної допомоги комбатантам. Розглянемо досвід реалізації «індивідуальної» програми» РІТ, і приклади використання практичного інтегративного інструментарію (психотехнології, техніки, вправи), для забезпечення психологічної допомоги комбатантам. Акцентуємо увагу цього питання у рамках виконання поточної теми дослідження «*науково-методичне забезпечення психологічної допомоги, підтримки і самодопомоги у «подоланні наслідків травмуючої ситуації розвитку засобів стресостійкості та здатності швидкої адаптації», та їх вплив на посттравматичне зростання (ріст) військовослужбовців-учасників бойових дій*».

Розкриємо основні модулі РІТ, і зміст освітніх модулів, які стосуються вирішення задач зазначеної теми. Представляймо інтегративний інструментарій, з метою вирішення **проблеми забезпечення психологічної допомоги** підтримки і самодопомоги у «подоланні наслідків травмуючої ситуації, розвитку стресостійкості та здатності швидкої адаптації», та їх **стимулювання посттравматичного зростання** (*таблиця 3.7.5*). Розкриємо основні модулі РІТ, і зміст практичного інтегративного інструментарію модулів тренінгу-коучингу корекційно-розвивальних методів [52; 55; 56; 58; 74].

Таблиця 3.7.5

Практичний інтегративний інструментарій модулів РІТ для «подолання наслідків травмуючої ситуації, розвитку стресостійкості, адаптації, розвитку посттравматичного зростання

Фрагмент модулів «Індивідуальної програми тренінгу-коучингу РІТ:
Реалізація Фактора 3. Модуль 3: Компетентність подолання психологічних проблем: страхів, фобій та інших травмуючих спогадів.
3.1. Термінологічна характеристика термінів і понять. Способи та стратегії позбавлення від тривожних переживань, фобій, страхів та інших травмуючих спогадів. 3.2. Конгруентність і не конгруентність їх вплив на створення/ подолання психологічних проблем. 3.3. Зміст та особливості «асоціації» та «дисоціації» і їх вплив на подолання страхів, фобій тощо. 3.4. Практикум: Переформування (заміна) негативного стану на позитивний за допомогою дисоціації. 3.5.

Особливості оволодіння методами швидкого позбавлення від страхів, фобій та травмуючи спогадів. Практикум. Вправа «кіноекран», спосіб швидкого позбавлення страхів і фобій. 3.6. Практикум: Переформування травмуючих спогадів та посттравматичного синдрому. 3.7. Практикум: Подолання страху публічного виступу. Рефлексія. 3.8. Практикум: Позбавлення від страху критики. Розумне реагування на критику. Як навчитись здобувати користь із критики.
Реалізація Фактора 3. Модуль 4: Компетентність подолання життєвих криз, розвиток психологічної стійкості, стресостійкості та здібності до швидкої адаптації.
4.1. Розвиток стресостійкості та здатності до швидкої адаптації. Практикум. Оволодіння навичками «доступу до прихованих (скритих) внутрішніх ресурсів». Рефлексія. 4.2. Оволодіння прийомами і методи для усвідомлення життєвих криз і відпрацювання установок їх сприйняття. 4.3. Сучасні психотехнології зцілення психологічних травм і розвиток психологічної стійкості у складних життєвих ситуаціях. 4.4. Особливості використання психокорекційних методів Субмодальностей, Рефремінг, Нейро-логічні рівнів, СПРЕЕ, Змах. 4.5. Практикум. Переформування спогадів які турбують. Техніка «Ресурсне коло». 4.6. Практикум. Переформування (заміна) негативного стану на позитивний. Рефлексія. 4.7. Методи поліпшення емоційного стану, подолання песимізму, депресії. 4.8. Практикум. Позбавлення від почутті провини, образ та інших психологічних травм. 4.9. Практикум. Субмодальності для переформування наслідків психологічних проблем, травм. 4.10. Способи створення нових ефективних типів поведінки в особливо складних ситуаціях. Техніка. Переформування стану «гострого горя» (втратою) Рефлексія. Методи подолання посттравматичного синдрому. 4.11. Практикум. Подолання наслідків жорсткого ставлення. Методика «Лінія часу» зміст та особливості її використання. Рефлексія. 4.12. Практикум. Позбавлення від почутті провини, образ та інших психологічних спогадів і травм. Рефлексія. 4.13. Практикум. Оволодіння методами подолання «обмежуючих переконань» (вірувань). 4.14. Практикум. Як змінити небажану поведінку та небажану реакцію, звільнитись від «шкідливих звичок». Техніка «Змах» і особливості її використання. Техніки роботи із комплексами і міжособистісними залежностями. Переформування ревнощів, врегулювання сімейних відносин.
Реалізація фактора 5. Модуль 6. Компетентність попередження та врегулювання міжособистісних протиріч та конфліктних ситуацій.
6.1. Конфлікт. Форми комунікативних взаємодій в умовах конфлікту. 6.2. Причини міжособистісних протиріч та конфліктів. 6.3. Причини ділових конфліктів. 6.4. Форми конфліктів: деструктивний, конструктивний Критерії оцінки. 6.5.Типи конфліктів і комунікативні тактики у конфліктній ситуаціях. 6.6. Корекційно-розвивальний компонент урегулювання конфліктів. 6.10. Комунікативна рефлексія як засіб урегулювання конфліктів. 6.11. Практикум. Особливості використання технології вирішення міжособистісних протиріч та конфліктних ситуацій. 6.12. Три позиції сприйняття (або інша точка зору), їх зміст та особливості застосування для вирішення конфліктів. 6.13.Практикум. Демонстрація технології та особливості її проведення. 6.14. Практикум. Оволодіння технологією вирішення міжособистісних протиріч та конфліктних ситуацій.

3.7.5.6. Тип інструментарію і техніки (приклади) РІТ для вирішення ключових проблем / завдань психологічної допомоги комбатантам, через факторну структуру психологічних компетентностей «Технології» і приклади.

Ефективність корекційно-розвивальної моделі досягається за рахунок **інтегративного інструментарію тренінгу-коучингу РІТ** – синтезу рефлексивно-інноваційного тренінгу та коучингу, НЛП та передових методів провідних напрямів психотерапії і практичної психології, сучасних підходів, які цілеспрямовано *розвивають дефіцитні психологічні компетентності* (чинники) особистості. *Розкриємо взаємозв'язок* етапів вирішення проблеми / завданням психологічної допомоги, їх відповідність реалізації 6-ти факторної структури, та тип інструментарію та техніки (приклади) РІТ *(табл. 3.7.6).*

Таблиця 3.7.6

Взаємозв'язок етапів вирішення проблеми / завданнями психологічної допомоги, 6-ти факторної структури і тип інтегративного інструментарію РІТ

Проблема / Завдання	Компетентність (Фактор)	**Тип інструментарію та техніки (приклади)**
Переробка травми та страхів	Ф3: Подолання проблем, Стресостійкість, швидка адаптація. Здатність до швидкої адаптації	**Нейролінгвістичне програмування (НЛП):** Техніки **переформування** травматичних спогадів, швидкого усунення фобій і тривоги, зміна якорів. Робота з **переконаннями** (за прикладом Р. Ділтса) для усунення вини/сорому(Модуль 3).
Відновлення сенсу	Ф1: Цілепокладання.	**Коучинг та рефлексивний аналіз:** Техніки **стратегічного цілепокладання** (від тактичних цілей до довгострокових цивільних) (Модуль 7), створення **позитивної та реалістичної візуалізації майбутнього** (VAK-стратегії).
Саморегуляція та адаптивність	Ф3: Стійкість, адаптація. Ф5: Специфічні: вирішення конфлікти, публічні виступи, вигоряння.	**Когнітивно-поведінкові та рефлексивні,** НЛП **техніки:** Методи **самодопомоги** (аутотренінг, дих. практики) для миттєвої стабілізації. Тренінг **гнучкого реагування** на кризові ситуації, критику. Технологія вирішення міжособистісних протиріч та конфлікт. ситуацій
Реінтеграція в Соціум/ Праця	Ф4: Комунікативна. Ф5: Специфічні: 5.1. подолання конфлікти, 5.2. публічні виступи; 5.3. синдром вигоранню	**Тренінг рольового моделювання:** Техніки мистецтва публічних виступів, **самопрезентації** та впевненої поведінки (Модуль 10). Методи створення адекватної самооцінки та впевненості у собі (Модуль 5) Методи **врегулювання міжособистісних протиріч і конфліктів** (Модуль 6) для відновлення сімейних та соціальних зв'язків. Методи подолання **професійного стресу, синдрому професійного і емоційного вигоряння** (Модуль 8) Методи розвиток **комунікативності** (Модуль 2)

3.7.5.7. Інтеграція і вплив реалізації інтегративного інструментарію «Технології» на посттравматичний зростання (ПТР).

Використання діагностичної і корекційно-розвивальної моделей «Технології» сприяє посттравматичному зростанню (ПТР), оскільки *психологічні компетентності конкурентоздатності забезпечують* необхідний практичний психологічний «інструментарій» для переробки травматичного досвіду в позитивну зміну. **1). Підвищене відчуття особистої сили***:* Компетентність у саморегуляції веде до усвідомлення «Я зміг пережити це та керую своїм життям». **2). Поглиблення відносин:** Комунікативна соціальна компетентність дозволяє більш щиро та відкрито взаємодіяти із людьми. **3). Зміна життєвої філософії:** Конкурентоздатність у постановці нових цілей веде до нових можливостей та нового сенсу життя, заснованого на цінності кожного прожитого дня та використання свого досвіду. *Таким чином, «Технологія» може бути адаптована* **як психологічний тренінг ресурсів**, який трансформує кризу (травму) у платформу для розвитку ключових особистісних якостей (психологічних компетентностей конкурентоздатності), необхідних для успішної реінтеграції та досягнення посттравматичне зростання (ПТР).

3.7.5.8. Ілюстративні приклади застосування інтегративного інструментарію «Технології».

З метою надання практико-орієнтованої інформації для фахівців допомагаючих професій про результати реалізації «Технології», **додамо ілюстрації** (табл. 3.7.7) того, як її інтегративний інструментарій працює із ключовими проблемами військовослужбовців. З урахуванням основного ядра «Технології» (6- факторна структура компетентностей; програми РІТ: 1-12 модулів для комбатантів.

Таблиця 3.7.7

Ілюстративні приклади роботи із ключовими проблемами військовослужбовців, на основі інтегративного інструментарію «Технології»

Ілюстративні приклади, Використання інструментарію і результат
№1. Ілюстрація 1: Подолання моральної травми та почуття провини.
Проблема: Військово-комбатант відчуває сильне, дезадаптивне **почуття провини** (часто компонент Моральної Травми), яке блокує його здатність до взаємодії із сім'єю та суспільством. **Використання інструментарію (Фактор 3):** Психолог застосовує техніки *реформування обмежуючих переконань* (на базі НЛП та коучингу) з **Модуля 3** («Подолання психологічних проблем»), спрямовані на відокремлення *особистості* від *вчинку.* Використовується метод **«***позбавлення від почуття образи та провини».* **Результат:** Переформатування деструктивного переконання «Я винний у всьому» на конструктивне «Я діяв в умовах надзвичайного стресу, я відповідаю за своє майбутнє, а не за минуле». Це відновлює *самосвідомість та впевненість у собі* (Фактор 5).
№2. Ілюстрація 2: Реінтеграція та відновлення кар'єрної компетентності.
Проблема: Ветеран не може знайти роботу, відчуває тривогу на співбесідах та демонструє *комунікативну відчуженість* (невідповідність між військовою та громадянською комунікацією). Він втратив здатність до *цілепокладання (Фактор 1).*

Використання інструментарію (Фактори 1, 4, 10): 1). Застосовується **Модуль 7** («Цілепокладання) для розробки конкретної, *цивільної стратегії* на 1-3 роки, переключаючи фокус з бойового минулого на громадянське майбутнє. 2). Використовуються техніки з **Модуля 10** («Мистецтво публічних виступів») для тренінгу *самопрезентації* та впевненої поведінки у стресових ситуаціях (співбесіда), що безпосередньо розвиває *комунікативну компетентність* (Фактор 4). **Результат:** Відновлення **мотивації** (Фактор 2) та підвищення *конкурентоздатності* (самореалізації) через оволодіння навичками ефективної комунікації та чіткого планування.
№3. Ілюстрація 3: Досягнення посттравматичного зростання (ПТР).
Проблема: Учасник, який пройшов тренінг, стабілізував свій стан, але не бачить *сенсу* у своєму травматичному досвіді, сприймаючи його як безглузду втрату. **Використання інструментарію (Фактор 6):** Застосовуються техніки **рефлексивного коучингу** з **Модуля 6** («Подолання конфліктів») та **Модуля 5** («Рефлексія самосвідомості», «Формування адекватної самооцінки та впевненості в собі») для **переосмислення** досвіду. Завдання – знайти в досвіді *нові можливості* (ПТР) та *особисту силу*. **Результат:** Військовослужбовець починає використовувати свою *інноваційну компетентність* (Фактор 6), щоб стати **наставником** для інших, використовуючи свій досвід як унікальний ресурс. Це призводить до зростання *особистої сили та зміни світогляду*, що є ключовим критерієм ПТР.

3.7.6. Шляхи подолання травм, розвитку стресостійкості, швидкої адаптації, досягнення посттравматичного зростання (ПТР), за результатами реалізації авторської «Технології»: роль і перспективи

У контексті реалізації її «Технології» – «Технологія формування психологічних компетентностей конкурентоздатності особистості у швидкозмінних умовах інноваційної діяльності» [51-58; 74]. *Посттравматичне зростання* є **кінцевим результатом** розвитку *конкурентоздатності особистості* – коли військовослужбовець використовує свій травматичний досвід не як тягар, а як **унікальний ресурс** для досягнення своїх цілей та повноцінної самореалізації. Роль «Технології» виходить за межі індивідуальної корекції. Вона забезпечує науково обґрунтований міст між травматичним минулим та успішним майбутнім військовослужбовця. Посттравматичне зростання (ПТР) є прямим наслідком системного розвитку *психологічних компетентностей*. Результати впровадження «Технології» у забезпечені психологічної допомоги надано у *таблиці 3.7.8*.

Таблиця 3.7.8

Результати впровадження «Технології» у забезпечені психологічної допомоги

1. **Ключова роль «Технології» у науко-методичному забезпеченні психологічної допомоги**
Результати **впровадження авторської «Технології» [2-10] відіграють ключову роль** *у науко-методичному забезпеченні психологічної допомоги у* подоланні наслідків травм, стресу, вирішення проблем (комунікації, страхів, фобій, конфліктів, провини, образи, обмежуючих переконань, комплексів, залежностей, гострим горем і втрати).

Основна увага приділялася у процесі корекційно-розвивальної моделі тренінгу-коучингу, концентрувалася увага на саморегуляції, знаходження внутрішніх ресурсів і резервів для формування психологічних компетентностей конкурентоздатності / самореалізації, самоефективності, розвитку стресостійкості, здатності до швидкої адаптації, адекватної самооцінки і упевненості у собі, ефективної комунікації і взаєморозуміння, позитивної мотивації, цілепокладання, **і як результат досягнення посттравматичного зростання і особистісного росту особистості** у швидкозмінних умовах.
2. Ключова роль «Технології» для військовослужбовців (комбатантів): 2.1). Перехід від ПТСР до посттравматичного зростання (ПТР):
2.1). Перехід від ПТСР до посттравматичного зростання (ПТР): Військовослужбовець не просто позбавляється симптомів, а й використовує свій досвід для *самореалізації та особистісного зростання* (що відповідає нашій концепції *конкурентоспроможної особистості*). **2.2). Досягнення посттравматичного зростання (ПТР):** Технологія довела, що результатом роботи стає не просто відсутність симптомів, **а *посттравматичне зростання*** (ПТР), що виявляється в нових можливостях, особистій силі та більш глибокій оцінці життя. **2.3) Формування конкурентоздатності:** Розвиток шести факторів компетентностей дозволяє військовослужбовцю активно *самореалізуватися* у мирному житті, ефективно знаходити себе на ринку праці та відновлювати гармонійні відносини. **2.4). Довгострокова стійкість:** Формування стійкої *факторної структури психологічних компетентностей* **(6 факторів)**, яка запобігає рецидивам травми та забезпечує успішне життя.
3. Кінцева мета і перспективність подальшої реалізації «Технології» для комбатантів.
Масштабування технології через «*загальну програму» підготовки експертів-тренерів* (Мод. 1-7) забезпечує *тиражування* та *якість психологічної допомоги*. **Підготовка фахівців**, здатних проводити повний *дослідницький цикл* (діагностика, статистичн.аналіз), гарантує постійну верифікацію та розвиток методики. **Кінцева мета та перспектива** – перетворення досвіду, отриманого в умовах травми, у *позитивний соціальний внесок*, де колишні комбатанти, ставши ефективними та самореалізованими особами, приносять користь суспільству, що є найвищим проявом *психологічної стійкості* та *посттравматичне зростання*.

3.7.7. Перспективний шлях сприяння подоланню травмуючого досвіду, розвитку посттравматичного зростання військовослужбовців.

Інтегративна «Технологія», у процесі її реалізації дає системний та науково обґрунтований шлях *сприяння подоланню травмуючого досвіду* військовослужбовців і цивільних, які зазнали травм в умовах воєнного стану. Основним компонентами цінність «Технології» є:

1). наукова обґрунтованість;

2).ефективність у роботі з травмою;

3). успішну реінтеграцію.

Розкриємо їх зміст у *табл. 3.7.9.*

Таблиця 3.7.9

Основні компоненти цінність і перспективності «Технології»

Основна цінність «Технології» полягає у переході від парадигми лікування *дефіцитів* до парадигми *розвитку компетентностей*. Використання *діагностичної і корекційно-розвивальної моделей «Технології»*, засновано на 6 фактор. пріоритетних психологічних компетентностей та використанні *рефлексивного інноваційного тренінгу-коучингу*, (індивід. і загальної програм) **забезпечує:**
1). Наукова обґрунтованість: Застосування факторного, кореляційного та кластерного аналізу гарантує цілеспрямованість та оптимальну послідовність інтервенцій.
2). Ефективність у роботі з травмою: Інтеграція методів, у тому числі НЛП та інших психотехнологій практичної психології і психотерапії, дозволяє проводити глибоку роботу з *обмежуючими переконаннями* та *травматичними спогадами, страхами, провиною / образою*, формуючи стійкі навички самодопомоги.
3). Успішну реінтеграцію: Фокус на ***цілепокладанні, мотивації та комунікації (***конкурентоздатність) безпосередньо веде до **посттравматичного зростання**, дозволяючи військовослужбовцю як відновитися, а й знайти місце у соціумі.

3.7.8. Особливості використання інтегративного інструментарію «Технології» − зміщення акценту з травми на розвиток ресурсу, самореалізація особистості, подолання бар'єру стигми.

У процесі реалізації «2. Корекційно--розвивальної моделі тренінгу-коучингу РІТ». нами зміщено фокусу з *корекції травматичних наслідків* на *формування компетентності конкурентоздатної особистості,* як основа *розвитку ресурсу та самореалізації.* Психолог виступає як **коуч /тренер**, що дозволяє мотивувати військовослужбовців не необхідністю «лікувати минуле», а можливістю *«будувати успішне майбутнє»* та ефективно **самореалізувати** стигми).

Концептуальне рішення щодо подолання бар'єру стигми. Ключова перевага «Технології» – усунення акценту з **«роботи з травмою»** на **«формування компетентності конкурентоздатної особистості»** (самореалізація). Це знімає бар'єр **стигми** (слабкості), який є головною причиною відмови від допомоги.

Психолог виступає як **коуч-тренер,** мотивуючи військовослужбовця не необхідністю лікувати минуле, а можливістю **будувати успішне майбутнє** та знаходити себе на ринку праці. Таким чином, реалізація «Технології» [51-58; 74], надає практичним психологам – як цивільним, так і військовим – **верифікований інтегративний інструментарій** для *підготовки військовослужбовців до повноцінного, усвідомленого та успішного життя після завершення служби.*

Висновки. Підводячи підсумки, зазначимо, що інтегративний інструментарій представленої авторської «Технологія» та моделей її реалізації: діагностичної і корекційно-розвивальної моделей, *є науково-методичною і дієвим засобом, ефективною практикою психологічної допомо*ги в подоланні психологічних про-

блем і травм, *розвитку* стресостійкості та здатності до швидкої адаптації особистості, ресурсом посттравматичного зростання особистості у складних надзвичайних ситуаціях.

Метою даної адаптованої (до поточної теми) *інтегративної «Технології»* є надання комплексного та послідовного алгоритму дій, спрямованих на мінімізацію руйнівного впливу психотравмуючого досвіду, відновлення функціональності військовослужбовця та активізацію його внутрішніх ресурсів для підвищення стресостійкості та адаптивності, стимулювання і розвитку посттравматичного зростання (компетентності).

Досвід впровадження та верифікації «Технології» підтвердив її універсальність та валідність. Вона успішно трансформується з інструменту підвищення конкурентоздатності на ринку праці в ключовий інструмент психологічного забезпечення, реабілітації та підвищення життєстійкості в умовах надзвичайних ситуацій та військових конфліктів (це підтверджує досвід, на прикладі використання у силових структурах, охорони здоров'я, системи освіти, бізнесу та роботи з населенням за умов COVID-19 та воєнного часу).

Запропонована інтегративна «Технологія», у процесі її реалізації запропонувала системний та науково обґрунтований шлях *сприяння подоланню травмуючого досвіду* військовослужбовців і цивільних, які зазнали травм в умовах воєнного стану. Ключова перевага «Технології» – усунення акценту з «роботи з травмою» на «формування компетентності конкурентоздатної особистості» (самореалізація). Це знімає бар'єр стигми (слабкості), який є головною причиною відмови від допомоги. Психолог виступає як коуч-тренер, мотивуючи військовослужбовця не необхідністю лікувати минуле, а можливістю будувати успішне майбутнє та знаходити себе на ринку праці.

Ефективна реалізація «Технології» дозволяє перевести особу військовослужбовця зі стану постраждалого у стан *активного суб'єкта,* здатного до *посттравматичного зростання (ПТР).* Вона покликана не тільки забезпечити подолання наслідків травми, а й сприяти *успішної самореалізації* військовослужбовця – учасника бойових дій у мирному суспільстві.

Реалізація «Технології» відкриває перспективи подальшого вивчення досліджуваної проблеми: удосконалення системи підготовки/перепідготовки /підвищення кваліфікації; комплекного забезпечення психологічної допомоги комбатантів і цивільного населення.

3.8. Ретрит програми відновлення для родин військовополонених захисників (за прикладом родин військовополонених захисників м. Маріуполя)

Триваюча російсько-українська війна, що почалася як гібридний конфлікт у 2014 році з анексії Криму та окупації частин Донецької та Луганської областей, а згодом перейшла у фазу повномасштабного вторгнення 24 лютого 2022 року з масованими ракетними ударами, танковими наступами та окупацією нових територій, створила значну кількість сімей, які переживають тривалу, виснажливу

невизначеність щодо долі близьких – військовослужбовців, захоплених у полон, зниклих безвісти під час бойових дій або тих, чиї останки не ідентифіковано.

Ця невизначеність триває роками, посилюється браком інформації, суперечливими повідомленнями та відсутністю офіційного підтвердження, що блокує природний процес адаптації.

Захисники міста Маріуполя становлять особливу групу в цьому контексті через інтенсивність бойових дій, тривалу облогу міста навесні 2022 року (з 1 березня по 20 травня), повне оточення, відсутність евакуаційних коридорів, постійні обстріли та бомбардування, а також символічне значення їхньої оборони для національної ідентичності – як останнього форпосту опору на півдні, що уособлює стійкість і жертву. Ця оборона стала частиною колективної пам'яті, але водночас джерелом травми для сімей.

Сім'ї цих захисників – дружини, матері, іноді сестри, доньки чи інші близькі родички – стикаються з унікальним поєднанням:

- ✓ емоційного (хронічний смуток, тривога, провина),
- ✓ когнітивного (виснаження уваги, пам'яті, планування),
- ✓ фізичного (безсоння, соматичні захворювання, імуносупресія),
- ✓ соціального (ізоляція, стигма, зменшення підтримки) навантаження.

Це вимагає розробки спеціалізованих підходів до психологічної допомоги, відмінних від стандартних протоколів роботи з гострою травмою, ПТСР чи класичним горем, оскільки тут відсутнє завершення втрати та присутня постійна надія.

Цей матеріал узагальнює емпіричний досвід організації та проведення ретритів для дружин і матерів захисників міста Маріуполя, рідні яких перебувають у полоні.

Структура роботи охоплює кілька взаємопов'язаних блоків:

- ➢ детальний опис критеріїв відбору учасниць із обґрунтуванням їхньої ролі в забезпеченні безпеки та ефективності групового процесу;
- ➢ аналіз особливостей психічного стану клієнток у контексті невизначеної втрати, включаючи хронічний стрес, когнітивне виснаження, вплив зовнішніх тригерів і поступову соціальну ізоляцію;
- ➢ формулювання диференційованих рекомендацій для психологів і психотерапевтів, нефахівців, які взаємодіють із цією категорією в повсякденному житті, та самих клієнток із акцентом на практичні інструменти саморегуляції та стабілізації;
- ➢ виділення ключових елементів ефективної роботи, таких як створення відчуття небайдужості суспільства, адаптована психоедукація, формування стійкої горизонтальної спільноти та забезпечення регулярності реабілітаційних циклів;
- ➢ окреслення перспектив масштабування подібних проєктів через комплексну медичну інтеграцію, модель «свій для свого» та впровадження цифрових інструментів підтримки.

Теоретичне підґрунтя розширено для глибшого розуміння феномену невизначеної втрати та специфіки роботи з родинами полонених, з урахуванням міжнародного досвіду та порівняння з класичними моделями горя. Стаття не містить припущень щодо індивідуальних історій учасниць, спираючись виключно на надані факти, загальні психологічні закономірності та наукову літературу.

Мета – надати практичний інструментарій для фахівців, які працюють у подібних умовах, та окреслити напрямки подальших досліджень у сфері психологічної реабілітації в умовах тривалої війни.

Теоретичне підґрунтя

Концепція невизначеної втрати (ambiguous loss) була сформульована П. Босс у 1970-х роках на основі клінічних спостережень за родинами американських пілотів, зниклих безвісти під час В'єтнамської війни, і остаточно розвинута в монографії 1999 року *Ambiguous Loss: Learning to Live with Unresolved Grief*. На відміну від класичного горя, де втрата має чітке підтвердження (смерть, поховання, ритуал прощання, що дозволяє перейти до стадії прийняття), невизначена втрата характеризується відсутністю фактичного завершення, що створює стан постійної невизначеності, когнітивного дисонансу та емоційного «заморожування». Босс підкреслює, що саме ця відсутність чіткості робить невизначену втрату найскладнішим видом смутку, оскільки вона не піддається традиційним протоколам терапії горя. П. Босс розрізняє два основні типи невизначеної втрати, кожен із яких має власні психологічні механізми та наслідки:

1. Фізична відсутність за психологічної присутності: близька людина відсутня фізично (полон, зникнення безвісти, міграція, викрадення), але залишається центральною в емоційному світі родини. Надія на повернення підтримує психологічну присутність, проявляючись у повсякденних ритуалах (зберігання речей, планування «на двох», розмови з відсутнім). Цей тип блокує природний процес адаптації, оскільки родина не може перейти до стадії прощання. Результат – когнітивний дисонанс (одночасне існування двох реальностей: «він живий» і «його немає») та хронічний стрес, що виснажує ресурси.

2. Психологічна відсутність за фізичної присутності*: людина повернулася додому фізично, але травма (ПТСР, амнезія, важка інвалідність, деменція, залежність, радикальна зміна особистості) змінює її настільки, що попередні стосунки втрачено. Родина переживає горе за «колишньою» версією близької людини, одночасно намагаючись адаптуватися до нової реальності. Цей тип часто супроводжується почуттям провини («я не можу його/її любити таким/такою») та вторинною травматизацією.

У випадку сімей військовополонених переважає перший тип. Відсутність ритуалу прощання (поховання, підтвердження смерті) унеможливлює символічне закриття, що призводить до хронічного смутку, відчуття «замороженого» життя та постійного очікування. Поліна Босс (2016) у роботі «The Context and Process of Theory Development» описує три ключові парадокси невизначеної втрати, які ускладнюють як індивідуальну адаптацію, так і терапевтичну роботу:

– Людина є, але її немає: надія на повернення конфліктує з реальністю відсутності, створюючи внутрішній розкол між «можливим» і «фактичним».

– Горе без тіла: відсутність підтвердження смерті блокує ритуали прощання, що є еволюційно важливими для закриття гештальту.

– Соціальна стигма: суспільство очікує «рухатися далі» (за моделлю Kübler-Ross), але це неможливо без чіткої інформації, що призводить до ізоляції та відчуття «ненормальності».

Ці парадокси роблять традиційні моделі горя (Kübler-Ross, 1969; стадії заперечення, гніву, торгу, депресії, прийняття) частково непридатними. Замість лінійного прогресу до «прийняття» фокус зміщується на толерантність до невизначеності, будівництво сенсу в умовах відсутності завершення, розвиток стійкості та переосмислення ідентичності родини. Терапія спрямована не на «вилікування», а на навчання жити з відкритим питанням, зберігаючи функціональність і зв'язок із реальністю.

Нейрофізіологічні механізми хронічного стресу в контексті невизначеної втрати. Хронічний стрес, характерний для родин полонених, активує вісь гіпоталамус-гіпофіз-наднирники (HPA), призводячи до тривалої гіперсекреції кортизолу (McEwen, 2017). Це має каскадні наслідки на центральну нервову систему:

– ***Пошкодження гіпокампу***, відповідального за консолідацію пам'яті та контекстуальне навчання, що пояснює суб'єктивні скарги на забудькуватість і труднощі з запам'ятовуванням повсякденних деталей.

– ***Виснаження дорсолатеральної префронтальної кори*** (dlPFC), яка регулює виконавчі функції – увагу, планування, прийняття рішень, гнучкість мислення (Arnsten, 2009).

– ***Дисрегуляція мигдалевидного тіла***, що посилює гіперчутливість до тригерів (звістки про обміни, медійні повідомлення, фрази на кшталт «все буде добре»).

Довготривалі дослідження з використанням МРТ показують зменшення об'єму сірої речовини в dlPFC на 8-12% у осіб із хронічним стресом (Liston et al., 2009). У жінок ефект може посилюватися через взаємодію кортизолу з естрогенами та прогестероном.

Міжнародний досвід роботи з родинами військовополонених: уроки та моделі

Досвід США під час і після війни у В'єтнамі (1955–1975), що стала одним із найтриваліших і найконтроверсійніших конфліктів XX століття з понад 58 тисячами загиблих американських військових, є одним із перших систематичних, науково обґрунтованих досліджень впливу полону та зникнення безвісти на родини.

Дружини військовополонених (POW) та зниклих безвісти (MIA) демонстрували значно вищий рівень депресії, тривоги, соматизованих розладів (головний біль, шлункові спазми, мігрень) і соматичних захворювань (гіпертонія, виразкова хвороба шлунка, хронічний біль у спині, фіброміалгія), навіть через 20-30 років після звільнення, підтвердження смерті чи повернення останків (Hunter,

1988). Ці ефекти були інтергенераційними: діти таких сімей мали вищий ризик тривожних розладів і проблем із прив'язаністю.

Національні програми підтримки, започатковані у 1970-х роках під егідою Міністерства оборони США та громадських організацій (наприклад, National League of Families of American Prisoners and Missing in Southeast Asia), включали регулярні групові зустрічі (щомісяця або щотижня, залежно від регіону), психоедукацію про фізіологію стресу (активація HPA-осі, роль кортизолу, симптоми виснаження), сімейні консультації з фокусом на комунікацію, спільне прийняття рішень, розподіл обов'язків і збереження сімейної ідентичності.

Ці програми також передбачали юридичну допомогу, фінансову підтримку та публічне визнання. Програми допомагали зменшити ізоляцію через створення спільнот, нормалізувати переживання (показуючи, що тривога, гнів, провина – типові), зміцнювати сімейні зв'язки та запобігати розлученням, що були частим наслідком тривалої невизначеності. Довгострокові дослідження показали зниження рівня депресії на 25-30% у учасниць регулярних груп порівняно з контрольними.

В Ізраїлі після війни Судного дня 1973 року – несподіваного та травматичного конфлікту, що тривав 19 днів і призвів до захоплення понад 300 ізраїльських військових у полон (переважно на Синайському та Голанському фронтах) – довгострокові лонгітюдні дослідження, проведені протягом 30–40 років, виявили чітку трансгенераційну (інтергенераційну) передачу травми: діти полонених мали проблеми з формуванням безпечної прив'язаності (переважно тривожно-амбівалентний чи уникальний стиль), вищий ризик розвитку ПТСР, тривожних розладів, депресії, а також труднощі в соціальній адаптації, включаючи академічні невдачі, низьку мотивацію до навчання, конфлікти в стосунках із однолітками, труднощі в романтичних партнерствах і підвищену схильність до ризикованої поведінки (Dekel & Goldblatt, 2008). Ці ефекти зберігалися навіть у внуків, демонструючи епігенетичні та соціальні механізми передачі.

Ефективними виявилися peer support групи, спеціально створені для дружин і матерів полонених, де фасилітаторами ставали жінки, які пройшли подібний досвід, завершили кілька циклів психологічної реабілітації, отримали базову підготовку з фасилітації та регулярно проходили супервізію.

Такі групи проводилися щомісячно або щотижня, залежно від потреби, у безпечному просторі (громадські центри, військові бази), з чіткими правилами конфіденційності та емоційної безпеки. Такий підхід забезпечував емпатію «зсередини» – розуміння без пояснень, знижував стигму («я не ненормальна»), нормалізував переживання (гнів, провина, надія), створював модель стійкості («вона пройшла – значить, і я зможу»), зміцнював соціальну мережу та давав практичні стратегії виживання.

Дослідження показали, що учасниці peer support груп мали на 40% нижчий рівень депресії та на 35% вищу соціальну функціональність через 5 років порівняно з тими, хто отримував лише індивідуальну терапію.

В Аргентині після Фолклендської війни 1982 року – короткого, але інтенсивного конфлікту з Великою Британією за контроль над Мальвінськими островами, що тривав 74 дні та призвів до загибелі 649 аргентинських військових і захоплення понад 11 тисяч у полон – державні та громадські програми реабілітації, започатковані у 1980-х і розвинені в 1990-х, акцентували комплексну медичну інтеграцію: соматичні захворювання (гіпертонія, діабет 2 типу, виразкова хвороба шлунка, синдром подразненого кишківника, аутоімунні розлади, такі як ревматоїдний артрит чи системний червоний вовчак, хронічний біль у суглобах і спині) лікувалися паралельно з психологічною допомогою в спеціалізованих санаторіях, реабілітаційних центрах і військових госпіталях.

Програми включали регулярні медичні огляди, фізіотерапію, бальнеологію, дієтологічну підтримку та фармакотерапію. Комплексний підхід передбачав поєднання соматичного лікування з груповою та індивідуальною психотерапією, сімейними сесіями, арт-терапією та соціальною реінтеграцією, що дозволяло знизити рівень госпіталізацій на 30-40%, покращити якість життя учасників і зменшити ризик суїцидів серед ветеранів та їхніх родин. Дослідження показали, що інтеграція медичної та психологічної допомоги в санаторних умовах (з перебуванням 2-4 тижні) давала стійкий ефект: зниження кортизолу, нормалізація сну, покращення імунних показників і зменшення симптомів депресії через 6-12 місяців після курсу.

Спільні риси успішних програм у різних країнах (США, Ізраїль, Аргентина та інші), що працювали з родинами військовополонених і зниклих безвісти, виявилися універсальними та підтвердженими довгостроковими дослідженнями:

– Хвильова модель стабілізації, що враховує регресії, коливання емоційного стану, циклічність криз і поступове зменшення амплітуди хвиль (Southwick et al., 2014). Ця модель не передбачає лінійного прогресу, а визнає, що покращення змінюється рецидивами через зовнішні тригери (новини, річниці, обміни), і фокусується на поверненні до базового рівня функціонування після кожного спаду, а не на «остаточному вилікуванні».

– Ресурс-орієнтований підхід замість травма-фокусованої терапії, щоб уникнути когнітивного, емоційного та фізичного перевантаження клієнтів, які вже перебувають у стані виснаження. Замість глибокого аналізу травматичних спогадів (які часто фрагментарні чи відсутні) акцент робиться на відновленні ресурсів: сон, харчування, рух, соціальні зв’язки, прості ритуали, творчість, природа. Такий підхід знижує ризик ретравматизації та підвищує стійкість.

– Горизонтальна підтримка (peer support) як основний механізм довгострокової стійкості, нормалізації переживань і зменшення стигми (Solomon, 2004). Групи, де фасилітаторами виступають люди з подібним досвідом, забезпечують емпатію без пояснень, обмін практичними стратегіями, відчуття приналежності та модель виживання («вона пройшла – значить, і я зможу»). Дослідження показують, що peer support ефективніший за професійну терапію в підтримці мотивації та зниженні ізоляції через 5-10 років.

Порівняння з іншими моделями горя та травми: адаптація до невизначеності

Класична модель Kübler-Ross (1969) передбачає лінійний прогрес через п'ять стадій (заперечення, гнів, торг, депресія, прийняття), але в невизначеній втраті стадії циркулюють, «застрягають» або повторюються без завершення. Модель подвійного процесу Stroebe & Schut (1999) – осциляція між орієнтацією на втрату (горе, спогади) та на відновлення (нові цілі, соціальні зв'язки) – ближча до реальності, але потребує адаптації до відсутності фактичного завершення втрати.

У травматерапії методи на кшталт EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), CPT (Cognitive Processing Therapy) чи PE (Prolonged Exposure) фокусуються на обробці травматичних спогадів, але в контексті полону чи зникнення спогади часто відсутні, фрагментарні або засновані на уявленнях, що робить ці методи менш ефективними та потенційно дестабілізуючими. Натомість рекомендуються mindfulness-based підходи (MBSR – Mindfulness-Based Stress Reduction), resilience-building програми (з акцентом на ресурси та сенс), Acceptance and Commitment Therapy (ACT) для розвитку психологічної гнучкості та роботи з невизначеністю як постійним фактором життя.

Критерії відбору учасниць ретриту. Відбір учасниць є фундаментом безпеки та ефективності групового процесу в психологічному ретриту. Неправильний відбір може призвести до дестабілізації як окремих клієнток, так і всієї групи, особливо в умовах інтенсивної емоційної взаємодії.

Перший критерій – приналежність до сімей захисників Маріуполя. Це забезпечує гомогенність за ключовим травматичним досвідом – тривалою невизначеністю щодо долі рідних, які брали участь в обороні міста.

Спільність контексту створює базову довіру, оскільки учасниці поділяють подібні емоційні реакції на тригери (звістки про полонених, медійні повідомлення). Частина учасниць уже знайомі між собою. Гомогенність зменшує ризик вторинної травматизації через нерозуміння чи порівняння досвідів.

Другий критерій – відсутність маленьких дітей, які потребують інтенсивного догляду та постійної уваги з боку матері. Діти до шести років можуть стати джерелом додаткового емоційного та логістичного навантаження як для матері, так і для всієї групи. Жінка, яка постійно відволікається на дитину, не може повноцінно включитися в процес реабілітації, а інші учасниці можуть відчувати провину, тривогу чи неможливість допомогти.

Цей критерій не є дискримінаційним – для матерів із маленькими дітьми розробляються альтернативні формати підтримки, такі як денні групи, онлайн-програми або ретрит із можливістю догляду за дітьми.

Третій критерій – обов'язкова попередня співбесіда з психологом і психіатром. Метою є виявлення межових розладів особистості, гострих психотичних станів, тяжкої депресії з суїцидальним ризиком або інших декомпенсованих психічних станів. Такі стани можуть дестабілізувати не лише саму людину, а й усю групу, особливо в умовах інтенсивної групової динаміки.

Під час співбесіди використовуються стандартизовані інструменти скринінгу, такі як опитувальник SCL-90-R для загальної психопатології, шкали PHQ-9 для оцінки депресії та GAD-7 для тривоги, PCL-5 для оцінки ПТСР, Audit – для оцінки адикції та інші. У разі виявлення потреби в медикаментозному лікуванні психіатр призначає відповідну фармакотерапію (антидепресанти, анксіолітики) та визначає, чи може людина брати участь у ретриту після стабілізації. Важливо підкреслити: відмова у участі не є остаточною – людині пропонуються альтернативні формати допомоги, індивідуальна терапія або кризове втручання, щоб уникнути стигматизації та зберегти ресурс.

Особливості психічного стану клієнток

Чим довше триває стан невизначеності, тим важливішою стає приналежність до групи собі подібних, де розуміння відбувається без слів і пояснень. Клієнтки роками перебувають у підвішеному стані: кожна звістка про обмін полоненими, про смерть у полоні, про чергове шахрайство чи відсутність новин активує хронічний стрес, додаючи до нього гострі стресові піки, що можуть тривати від кількох годин до кількох днів. До цього додається повсякденна реальність війни: обстріли, руйнації інфраструктури, смерті сусідів, знайомих чи далеких родичів.

Усе це формує стан постійної гіперпильності, коли організм не встигає відновлюватися між стресовими епізодами, залишаючись у режимі «боротьби або втечі» навіть у відносно спокійні періоди. Особливо руйнівним є вплив шахраїв, які за гроші пропонують передати листа, зв'язатися з полоненим, надати «ексклюзивну» інформацію чи навіть організувати звільнення. Кожна така взаємодія закінчується втратою грошей, надій і довіри до світу, посилюючи параною та недовіру не лише до шахраїв, а й до офіційних каналів, волонтерів і навіть близьких. Це створює замкнене коло: людина втрачає віру в легітимні джерела інформації, але продовжує шукати будь-яку, стаючи ще вразливішою до нових маніпуляцій і потрапляючи в нові цикли розчарування.

Однією з ключових особливостей є хронічне виснаження, яке призводить до зниження вищих когнітивних функцій – уваги, робочої пам'яті, виконавчих функцій. Жінки скаржаться на проблеми з концентрацією уваги, погіршення короткочасної пам'яті, труднощі з плануванням повсякденних справ і прийняттям навіть простих рішень. Це не просто суб'єктивні скарги – це нейрофізіологічні наслідки тривалої активації осі гіпоталамус-гіпофіз-наднирники з гіперсекрецією кортизолу та виснаженням префронтальної кори.

У такому стані людині потрібна не інтенсивна психотерапевтична робота з глибоким аналізом травми, а насамперед підтримуюче середовище, відпочинкові заходи, приймаюче слухання та можливість безпечно відреагувати свої емоції без тиску на «продуктивність».

Ще одна важлива тенденція – поступове зменшення уваги з боку суспільства. На початку війни родини полонених отримували значну емоційну, матеріальну та медійну підтримку, але з часом кількість людей у подібній ситуації зросла, а суспільство адаптувалося до війни, перемикаючись на нові виклики – економічні,

політичні, енергетичні. Це природний процес. Відбувається також втома від співчуття. Та для клієнток все це сприймається як зрада, відторгнення. Відбувається посилення відчуття ізоляції, самотності та «невидимості» в очах оточуючих.

Рекомендації

Для психологів і психотерапевтів. Фахівець мусить мати розвинену мережу контактів інших організацій, що надають юридичну, соціальну, інформаційну, гуманітарну та медичну підтримку (МКЧХ, Координаційний штаб з питань військовополонених, центри соціального захисту, безкоштовні юридичні клініки, фонди допомоги).

Отримання будь-якої достовірної інформації про долю рідної людини – навіть негативної – знижує рівень безпомічності, повертає відчуття контролю, зменшує тривогу та запобігає регресіям.

Наприклад, співпраця з організаціями, які займаються розшуком зниклих безвісти через Міжнародний Комітет Червоного Хреста, національні штаби чи бази даних, може стати ключовим стабілізуючим фактором, даючи клієнтці конкретні кроки та надію на офіційний канал.

Спеціалісти мають усвідомлювати особливий характер цієї роботи. Це не класична психотерапія з лінійним прогресом, чіткими етапами та передбачуваним результатом, а хвильовий процес стабілізації з постійними коливаннями, викликаними зовнішніми тригерами.

Сьогодні людина відчуває покращення, ресурс і мотивацію, завтра нова звістка про обмін, смерть у полоні, відсутність новин чи шахрайство повертає її в кризу, панічні атаки чи дисоціацію. Такі коливання можуть тривати роками, і з часом амплітуда хвиль зменшується завдяки накопиченому досвіду, але повністю вони не зникають через непередбачуваність війни. Фахівець мусить бути готовий до цієї динаміки, не сприймати регресії як власну професійну невдачу, підтримувати власну стійкість через регулярну супервізію та уникати ілюзій швидкого «вилікування».

Робота з цими клієнтами потребує особливої чутливості до їхнього поточного емоційного та когнітивного ресурсу. У стані хронічного виснаження інтенсивна рефлексія, глибокий аналіз травми, домашні завдання чи техніки з високим когнітивним навантаженням можуть погіршити стан, викликаючи додаткове виснаження, провину чи відхід.

Групові заняття мають поєднувати мінімальну психологічну роботу (короткі психоедукаційні блоки, прості вправи) з великою кількістю ресурсних активностей: прогулянками на природі, тілесними практиками (йога, дихання 4-7-8, прогресивна м’язова релаксація), спільними ритуалами (вогнище, чаювання, обмін історіями), творчістю (малювання, рукоділля, колажі).

Головне – дати людині відчути, що вона не самотня, що поруч є люди, які переживають те саме, і від яких можна отримати тепло, розуміння, підтримку та спільне мовчання без тиску «працювати над собою», «швидко покращуватися» чи «бути сильною».

Основний акцент у роботі – на стабілізації та розвитку стійкості. Це не про те, щоб «вилікувати» людину від горя, «закрити» травму чи повернути до «нормального» життя, а про те, щоб допомогти їй жити з цим горем, зберігаючи функціональність, зв'язок із реальністю, можливість піклуватися про себе, дітей та сім'ю, а також зберігати надію без руйнування.

Для нефахівців. Усвідомлення, що людина перебуває в хронічному стресі, через що може бути неуважною, забудькуватою, плутати деталі, повторювати одні й ті ж питання, забувати обіцянки, не помічати очевидного чи втрачати нитку розмови.

Це не ознака неповаги, байдужості, слабкості характеру чи небажання спілкуватися, а фізіологічна реакція виснаженого мозку, коли префронтальна кора працює на межі можливостей через постійну гіперсекрецію кортизолу та виснаження нейромедіаторів. Це природний процес адаптації організму до тривалої загрози, подібний до того, як м'яз втомлюється після довгого бігу, або як акумулятор сідає після безперервного використання.

Загострене почуття справедливості та агресія, загострена реакція на певні слова («все буде добре», «тримайся», «час лікує», «треба рухатися далі»), чорно-біле світосприйняття («усі забули», «ніхто не допомагає», «всі байдужі»), образа на оточуючих, підозрілість до мотивів інших, швидка зміна настрою від сліз до гніву – типові прояви захисних механізмів у стані хронічного стресу. Вони допомагають зберегти контроль у ситуації, де його бракує, захищають від додаткової болі та підтримують ілюзію дії, але можуть ускладнювати спілкування, створювати конфлікти чи відштовхувати близьких.

Перед взаємодією перевірте власний стан: зробіть кілька технік заземлення (глибоке дихання 4-7-8, тактильний контакт із предметами – стиснути кулак, торкнутися тканини, підрахунок 5 видимих об'єктів, 4 дотикових, 3 звукових, 2 запахових, 1 смакового). Ваш спокій, рівний голос, впевненість і відсутність поспіху передаються співрозмовнику, знижуючи його тривогу. Дозуйте емпатію через профілактику: обмежуйте час спілкування (наприклад, 30-40 хвилин), робіть паузи, звертайтеся за підтримкою до колег, друзів чи супервізора, ведіть щоденник емоцій, щоб уникнути вигорання, втоми від співчуття та накопичення вторинної травми.

Для клієнтів. Турбота про себе як прояв любові до близьких, до дітей, до чоловіка чи сина, який чекає на повернення, і до всієї родини, що тримається на вашій стійкості. Погіршення вашого стану – фізичного, емоційного чи психічного – провокує ланцюгову реакцію в сім'ї: діти відчувають тривогу, стають замкнутими чи агресивними, старші родичі перевантажуються, стосунки напружуються, а ви втрачаєте сили на повсякденні справи.

Потрібно пам'ятати, що самодогляд це необхідна інвестиція в стабільність усього оточення, що дозволяє вам залишатися опорою для інших. Створення режиму дня з елементами контролю: фіксований час сну (наприклад, лягати о 22:30 і вставати о 6:30), регулярне харчування (три основні прийоми їжі плюс переку-

си), щоденні прогулянки на свіжому повітрі (хоча б 20-30 хвилин), прості ритуали (чай о 20:00, читання перед сном, запис трьох речей, за які вдячна).

Ці елементи повертають відчуття передбачуваності в житті, де багато чого неконтрольоване, зменшують тривогу та допомагають мозку відновлюватися.

Регулярні профілактичні візити до фахівців: сімейного лікаря щоквартально (для скринінгу тиску, цукру, гормонів), психолога щомісяця (для моніторингу стану та корекції стратегій), стоматолога, гінеколога чи інших спеціалістів за потребою. Це не чекати кризи, а попереджати її, виявляючи проблеми на ранній стадії та отримуючи підтримку до того, як стан погіршиться.

Дозована спільнота людей, які знаходяться в подібній ситуації: зустрічі з дружинами чи матерями полонених кілька разів на місяць (наприклад, 1-2 рази, по 2-3 години), з розумним часовим дозуванням, чіткими правилами (конфіденційність, відсутність «зливу травм», модерація). Це дає відчуття розуміння, обмін досвідом, підтримку без пояснень, але без перевантаження – щоб уникнути емоційного виснаження від надмірного занурення в чужий біль. Такий підхід перетворює турботу про себе на щоденну практику, що підтримує не лише вас, а й усю сім'ю, зберігаючи ресурс для довгого шляху очікування та відновлення.

Ключові елементи ефективної роботи. Важливо, щоб клієнтки відчували, що вони не самотні в своєму досвіді, що суспільство турбується про них і підтримує їх через конкретні, відчутні дії: регулярні листи з побажаннями та новинами, дзвінки від волонтерів чи представників спільноти, організація пам'ятних дат (річниці оборони, дні народження полонених), публічні визнання їхньої стійкості в ЗМІ чи на місцевих заходах, публічні зустрічі з ветеранами, побратимами чи громадськими діячами. Ці дії створюють відчуття видимості, зменшують ізоляцію та підтверджують, що їхній біль не забутий, навіть коли медійна увага згасає.

Якісна психоедукація, адаптована до поточного когнітивного ресурсу групи: прості, доступні пояснення про природу хронічного стресу, фізіологію горя, механізми активації тригерів, нейрофізіологічні наслідки виснаження, а також практичні техніки саморегуляції (дихальні вправи, заземлення, щоденники настрою). Матеріали подаються коротко, візуально (інфографіка, малюнки, відео), з повторенням ключових ідей. Це має бути регулярним елементом кожної зустрічі – не разовий семінар, а інтегрована частина програми, щоб інформація поступово засвоювалася та застосовувалася в повсякденному житті.

Наявність стійкої спільноти: горизонтальна підтримка від людей із подібним досвідом (інші дружини, матері полонених) ефективніша за професійну терапію в довгостроковій перспективі, оскільки забезпечує емпатію «зсередини», нормалізацію переживань, обмін практичними стратегіями та відчуття приналежності. Такі групи формуються поступово, з чіткими правилами конфіденційності, модерацією. Регулярна реабілітація, бажано двічі на рік: весна і осінь – періоди загострення тригерів, пов'язаних із сезонними змінами (світловий день, погода), річницями ключових подій (оборона Маріуполя, евакуація, обміни), медійними сплесками та емоційними циклами.

Кожен цикл включає ресурсні активності, психоедукацію, групову динаміку та планування між ретрітами, щоб підтримувати стабільність і запобігати регресіям.

Перспективи. Працювати з медичною базою: санаторії, профільні лікарні, реабілітаційні центри та поліклініки для комплексної допомоги – хронічний стрес призводить до соматичних захворювань (серцево-судинні розлади, включаючи гіпертонію та ішемічну хворобу, діабет 2 типу, виразкова хвороба шлунка, синдром подразненого кишківника, аутоімунні захворювання, такі як тиреоїдит Хашимото чи ревматоїдний артрит).

Інтеграція психологічної реабілітації з фізіотерапією, бальнеологією, масажем, дієтологією та регулярним медичним скринінгом (аналізи на кортизол, Hb A1c, ліпідний профіль) дозволяє запобігати ускладненням, зменшувати соматичні прояви та покращувати загальний фізичний і психічний стан клієнток.

Навчання амбасадорок із дружин військових, які пройшли кілька циклів груп і мають стабільний стан: модель «свій для свого» з передачею діагностичних інструментів (PHQ-9, GAD-7), методичних посібників, шаблонів групових сесій, чек-листів безпеки та регулярною супервізією від психологів.

Це забезпечує масштабування проєктів без втрати якості, створює стійку мережу підтримки на місцях, знижує залежність від професійних кадрів і дає жінкам відчуття агентства та внеску в спільну справу.

Цифрова трансформація: спеціалізовані мобільні додатки для щоденного моніторингу настрою, сну, тригерів і фізичної активності; закриті чати спільнот із модерацією; VR-релаксація (віртуальні прогулянки лісом, морським узбережжям, медитації); онлайн-програми самодопомоги на основі MBSR, ACT і когнітивно-поведінкових технік.

Цифрові інструменти підвищують доступність підтримки в будь-який час, дозволяють зберігати зв’язок між ретрітами, збирати анонімні дані для покращення програм і зменшувати ізоляцію в віддалених регіонах.

Висновки.

Робота з сім’ями полонених – це не спринт із чітким фінішем і швидким результатом, а марафон стабілізації в умовах постійної невизначеності, де зовнішні тригери (новини, обміни, шахрайство) можуть активуватися в будь-який момент і повертати клієнтку в кризу.

Ефективність визначається не глибиною психологічних інтервенцій, не кількістю годин терапії чи інтенсивністю роботи з травмою, а створенням підтримуючого середовища, поверненням відчуття контролю над повсякденним життям, збереженням людської гідності та можливістю бути почутою без осуду.

Комплексний підхід, що поєднує психологічну, медичну, соціальну та спільнотну підтримку, з залученням самих жінок як амбасадорок змін, фасилітаторок груп і носійок досвіду, відкриває шлях до стійкого відновлення навіть у найскладніших обставинах, перетворюючи біль на ресурс для себе, своєї сім’ї та інших жінок у подібній ситуації.

4. ЗАХОДИ ТА ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО СПРИЯННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ ЗРОСТАННЮ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

4.1 Методичні рекомендації фахівцям соціально-психологічних служб щодо застосування інноваційних методів відновлення у індивідуальних програмах реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій

Розвиток сучасних цифрових технологій та виникнення розширеної реальності XR *(англ. Extended Reality)*, створив умови виникнення інноваційних методів реабілітації, які успішно застосовуються у лікуванні військовослужбовців-учасників бойових дій. Занурення у XR відбувається через цифрові пристрої *(рис. 4.1.1).*

До найбільш поширених у наступний час технологій належать:

- ✧ **VRET** – експозиційна терапія за допомогою віртуальної реальності.
- ✧ **VRH – VR-гіпноз**.
- ✧ **CCBT / iCBT** – комп'ютеризована когнітивно-поведінкова терапія / інтернет когнітивно-поведінкова терапія.

Виникнення та розвиток імерсивних технологій (англ. immersive – занурювати) створили нові можливості для інноваційних методів реабілітації.

До імерсивних технологій належать:

- ❖ **RR** (*англ.* Real Reality – реальна реальність) – фізична, об'єктивна реальність, яка оточує людей.
- ❖ **VR** (*англ*. Virtual Reality – віртуальна реальність) – дійсність, що змодельована за допомогою сучасних технологій, яка надає можливість повного занурення у цифрову реальність.
- ❖ **MR** (*англ.* Mixed Reality – змішана реальність) – VR з елементами RR або AR із застосуванням спеціальних цифрових окулярів змішаної реальності.
- ❖ **AR** (*англ.* Augmented Reality – доповнена реальність) – додавання до реальної дійсності (RR) елементів віртуальної, змодельованої реальності.
- ❖ **XR** (*англ.* Extended Reality – розширена реальність) – загальна назва для **AR** і **VR-технологій**, а також засіб інтерполяції між ними та виходу за їх межі.

Рис. 4.1.1. Шолом віртуальної реальності Oculus Quest 2 з контролерами Touch

4.1.1. Технології VR в системі психологічної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій

Терапія віртуальною реальністю (*англ. – Virtual Reality Therapy (VRT)*) – інноваційний метод психотерапії, що заснований на можливостях технологій віртуальної реальності.

VR-терапія (VRT) увійшла до складової комплексної системи реабілітації пацієнтів з ПТСР та іншими розладами. США, Канада, Ізраїль, Великобританія, Німеччина, Франція, Нідерланди, Австралія, Нова Зеландія та інші країни з розвинутими технологіями активно використовують VRET у клінічній практиці для лікування.

Експозиційна терапія за допомогою віртуальної реальності (англ. Virtual Reality Exposure Therapy (VRET)) використовується для лікування різних психічних розладів:

- ✓ *посттравматичного стресового розладу* (ПТСР);
- ✓ *фобій*
- ✓ *тривожних розладів:* панічних атак, соціальної тривожності;
- ✓ *тренінгів навичкам:* управлінню гнівом, соціальним навичкам тощо.

Поєднання традиційних методів реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій з можливостями віртуальної реальності у лікуванні посттравматичного синдрому допомагає ветеранам безпечно пережити травматичні спогади та дозволяє суттєво скорочувати терміни відновлення і, в цілому, підвищувати якість надання соціально-медичної допомоги.

Світовий досвід свідчить про характерні труднощі, які виникають при адаптації військовослужбовців-учасників бойових дій.

Для бойового стресу характерні [2, 3]: Kokun O., Pischko I., Lozinska N., 2022; Prykhodko I., Matsehora Y. et al., 2024).

- ➢ гострі стресові реакції,
- ➢ афективні розлади ,
- ➢ тривожні розлади,
- ➢ порушення адаптації
- ➢ розвиток адиктивної поведінки,
- ➢ розвиток делінквентної поведінки,
- ➢ розвиток аутодеструктивної поведінки

Згідно наукових досліджень, проведених на базі Національного медичного університету імені О. О. Богомольця серед військовослужбовців із наслідками бойового стресу, які повернулися з фронту, було створено перший в Україні клінічний протокол лікування ПТСР із застосуванням VR.

Застосування VR-терапії при лікуванні посттравматичного стресового розладу має свої особливості *(Рис.4.1.2)*:

Рис.4.1.2. Особливості застосування VRET у лікуванні ПТСР

У 2025 році в Україні був запущений Проект Re:start. Реабілітаційні VR-простори працюють у п'яти містах України [38]. Даний проект спрямований на відновлення військових і прискорення процесу їх реабілітації після бойових травм.

Всі локації було обладнано PlayStation 5 Slim, окулярами Sony PlayStation VR2, HD-камерами, спеціальними моніторами та Wi-Fi роутерами *(рис.4.1.3)*.

П'ять VR-просторів відкриті в наступних медичних установах: Київській обласній лікарні №2 і 75 реабілітаційному шпиталі, Дніпропетровській міській лікарні №4, Львівському центрі комплексної реабілітації «Галичина» і реабілітаційному шпиталі Вінницької області.

Зони VR працюють щодня і, залежно від потреб пацієнтів, можуть проводити від 3 до 8 сеансів. В окремих локаціях VR-терапію можна проводити до 11 сеансів на день. VR активує сенсорні та когнітивні зв’язки, що запускаються в тригерній ситуації але на відмінку від реальності це відбувається в цілком керованому середовищі. Робота в контрольованих умовах дозволяє дозувати інтенсивність стимулів і темп експозиції, що допомагає мозку перенавчатися і відновлювати нормальну реакцію на ситуації, формуючи нові асоціації.

Рис.4.1.3. Пристрій Sony PlayStation VR2 (фото з сайту dsnews.ua) [38]

У Львові військовослужбовцям–учасникам бойових дій з ампутаціями допомагають зменшити фантомний біль за допомогою симулятору віртуальної реальності VRNOW. Завдяки окулярам віртуальної реальності пацієнт може бачити та керувати ампутованою кінцівкою *(рис.4.1.4)*.

VRNOW є українською розробко, яку створила команда VRNOW Lab з метою реабілітації людей з ампутаціями.

Рис.4.1.4. Реабілітація у центрі UNBROKEN (фото з сайту lviv.media) [48]

Застосування віртуальної реальності у експозиційній терапії дає можливість знизити інтенсивність страху та подолати наслідки бойового стресу й фантомні болі у пацієнтів, що втратили кінцівки.

Методика використовує нейропластичність. Оскільки мозок сприймає ампутовану кінцівку як реальну, він поступово перестає надсилати сигнали, що викликають фантомний біль. Мозок створює нові синаптичні зв'язки і позбавляє пацієнта больових відчуттів у кінцівці яка на існує.

У 2025 році в Україні була відкрита спеціальна навчальна програма для лікарів, психологів та психотерапевтів з лікування ПТСР у військовослужбовців методом віртуальної реальності у експозиційній терапії (VRET).

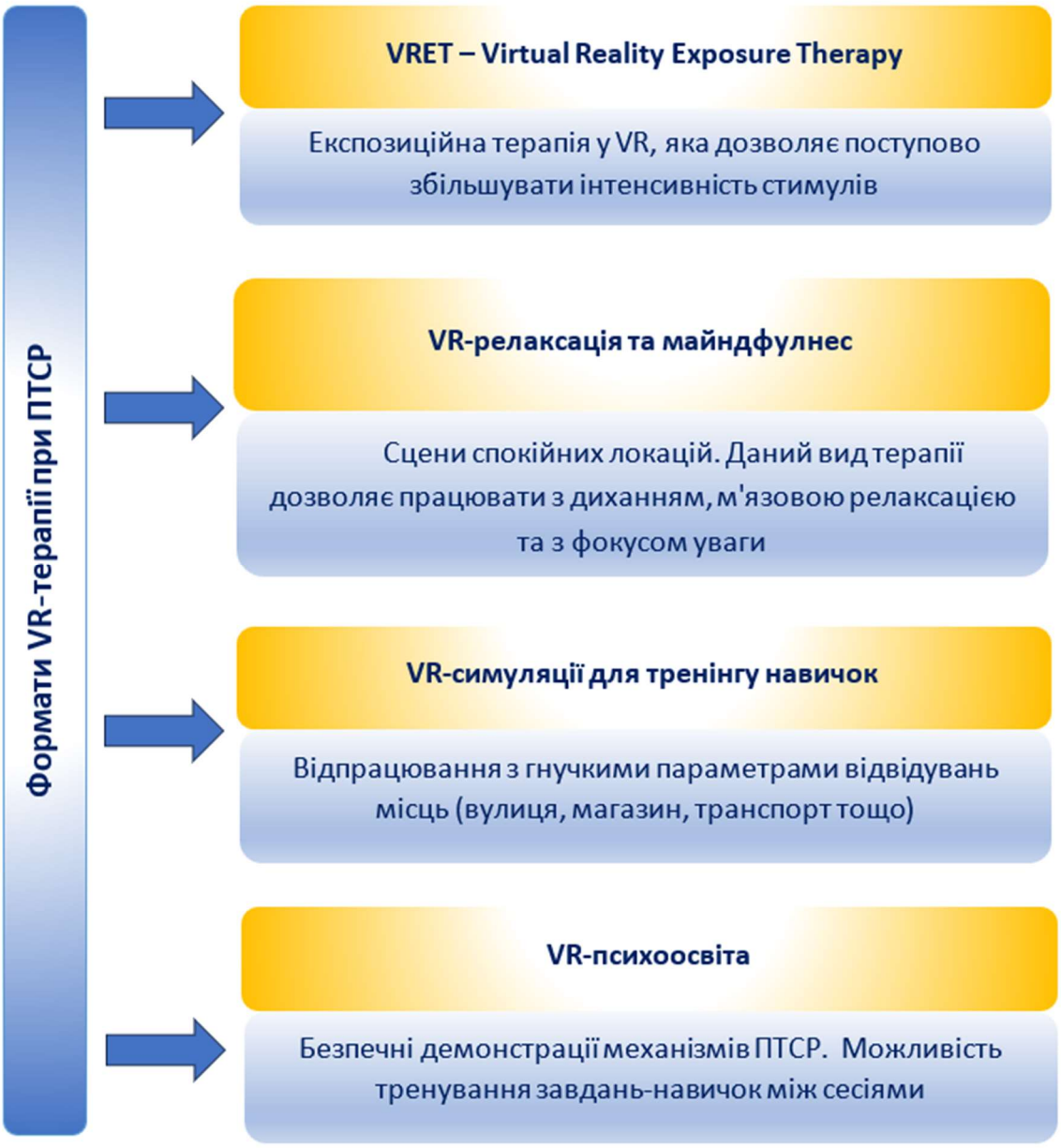


Рис.4.1.5. Формати VRET-терапії при ПТСР

Віртуальна реальність створює ефект максимальної присутності, що, у свою чергу, підсилює емоційну переробку ситуації і сприяє зниженню страху.

Це дозволяє повертати втрачене відчуття контролю і засвоювати навички саморегуляції, які можна застосовувати в реальному житті. Техніки релаксації, які використовуються протягом терапії VRET, сприяють зниженню тривожності

та чинять заспокійливий ефект на психіку пацієнта. Своєчасне лікування ПТСР у військовослужбовців-учасників бойових дій необхідно для зниження соціально-економічних ризиків та успішної адаптації їх до мирного життя.

4.1.2. Використання AR в реабілітації військовослужбовців

Розширена реальність XR включає у себе *VR та AR.*

Віртуальна реальність (*англ. Virtual reality – VR*) і ***доповнена реальність*** (*англ. Augmented Reality – AR*) – технології, що поєднують цифровий і реальний світи. Ці обидві реальності використовуються в реабілітаційній діяльності військових, проте вони мають істотні відмінності.

Корекційні підходи VR-терапії (терапії за допомогою віртуальної реальності) представлені у *рис. 4.1.6.*

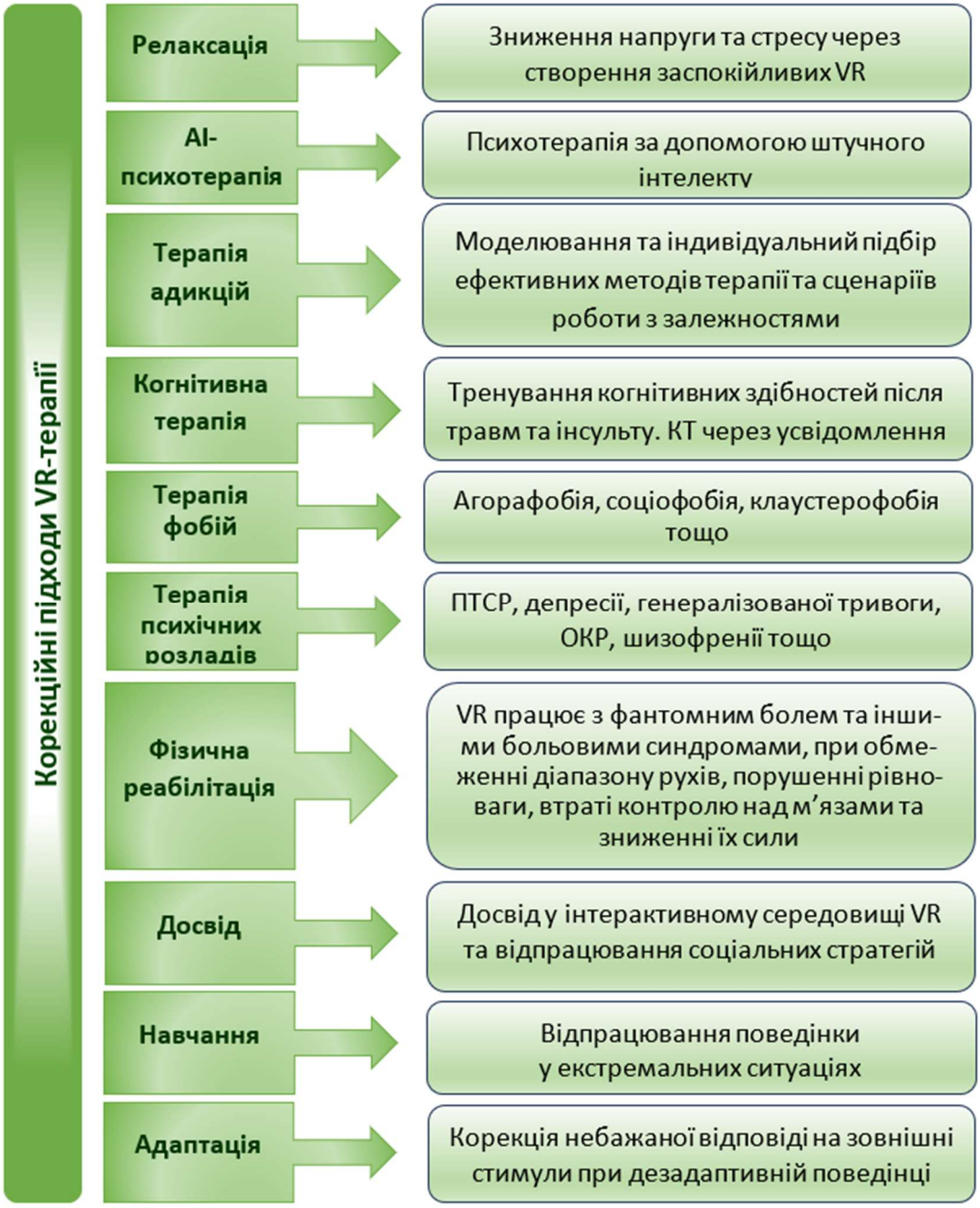


Рис. 4.1.6. Корекційні підходи VR-терапії

Доповнена реальність об'єднує цифрові елементи з реальним світом, що покращує сприйняття навколишнього світу і розширює можливості взаємодії з ним за допомогою цифрових технологій. Фактично доповнена реальність використовує накладення віртуальних об'єктів на реальний світ, інтегруючи цифрові зображення, відео текстову або графічну інформацію з частинами фізичного світу.

Доповнена реальність не передбачає повного занурення в цифрове середовище. Використання доповненої реальності можливе за допомогою смартфонів, планшетів або окулярів доповненої реальності. Ці пристрої дозволяють взаємодіяти в AR з цифровим контентом у режимі реального часу.

Корекційні підходи AR-терапії (терапії за допомогою віртуальної реальності) представлені на *рис.4.1.7.*

Рис. 4.1.7. Корекційні підходи AR-терапії

У корекційних підходах до реабілітації AR та VR є спільні риси та відмінності.

Основна функція доповненої реальності – це поліпшення взаємодії користувача з навколишнім середовищем у реальності, що існує.

Технології доповненої реальності також використовуються в охороні здоров'я і дозволяють створити додаткове середовище для вирішення питань реабілітації та навчання, накладаючи діагностичну та навчальну інформацію на об'єкти фізичного світу. Доповнена реальність широко застосовується для відновлення рухових навичок після поранень.

AR-додатки дозволяють накладати цифрову інформацію у вигляді даних і графіків на реальні рухи пацієнта, коригуючи їх дії. Наприклад, при роботі з протезами, AR може відстежувати амплітуду рухів або їх силу.

Також AR, доповнюючи реальність, робить процес реабілітації більш комфортним і ефективним. AR покращує взаємодію і координацію різних профільних фахівців, що істотно покращує роботу медичних, реабілітаційних та інших служб, дозволяючи фокусуватися на персоналізованому лікуванні та результатах. Це створює сприятливі умови для розробки та застосування індивідуального підходу в лікуванні та реабілітації пацієнтів

Переваги віртуальної та доповненої реальностей полягають у тому, що вони:

1. Створюють контрольоване, комфортне та безпечне середовище для реабілітації.
2. Мають ігровий підхід до вправ та психологічного процесу реабілітації.
3. Посилюють мотивацію.
4. Сприяють психологічному та фізичному відновленню.
5. Покращують адаптацію.

Розширена реальність XR (віртуальна реальність (VR) і доповнена реальність (AR)) має свої переваги і застосовується залежно від цілей і завдань, які стоять перед фахівцем.

Доповнена та віртуальна реальності, за рахунок роботи в контрольованому середовищі та індивідуальному підході, розширюють можливості фахівців, що працюють з ПТСР, болем, тривогою, фобіями тощо. Це створює нові можливості для ефективної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій.

4.1.3. Технології VRH в системі психологічної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій

VR-гіпноз (VRH) представляє інноваційну терапевтичну техніку, яка поєднує традиційну гіпнотерапію з технологіями віртуальної реальності. Досягнення терапевтичного ефекту відбувається за рахунок посилення візуальних та аудіальних стимулів, які застосовуються у імерсивному середовищі гіпнотерапевтом.

Для досягнення терапевтичного трансу застосовується VR-шолом, через який відбувається повне занурення пацієнта у віртуальний світ.

Контрольовані віртуальні сцени та візуальні й аудіальні ефекти дозволяють швидко досягнути лікувального трансу та підтримувати його необхідну глибину та тривалість.

- VR-гіпноз застосовується в реабілітації:
- ПТСР для подолання травматичного досвіду.
- Лікування фобій та тривожних розладів.
- При нейропатичному болю.
- Релаксації.
- Тренуванні для покращення навичок.

VR-гіпноз має переваги у порівнянні з звичайними техніками гіпнозу *(рис. 4.1.8).*

Рис. 4.1.8. Переваги VR-гіпнозу

Завдяки потужним стимулам, привабливості технології, контрольованості процесу та індивідуальному підходу, VR-гіпноз викликає високу мотивацію у лікуванні, через що дозволяє досягнути бажаного ефекту у більш короткий проміжок часу, ніж традиційні сугестивні техніки.

4.1.4. Методики діагностування психологічних змін військовослужбовців-учасників бойових дій

Методика комплексної оцінки рівня психологічної стійкості військовослужбовців (О. Кокун, І. Пішко, Н. Лозінська) та Опитувальник психологічної стійкості військовослужбовців бройних сил україни в умовах бойових дій.

Комплексність методики забезпечується оцінкою рівня психологічної стійкості військовослужбовців двома взаємодоповнюючими діагностичними інструментами:

«Опитувальний лист з оцінювання морально-психологічного стану особового складу підрозділу» – дозволяє надати характеристику морально-психологічного стану (МПС) особового складу підрозділів. Оцінювання здійснюється за 12 критеріями морально-психологічного стану особового складу експертами (командирами підрозділів, заступниками командирів з психологічної підтримки персоналу, головними сержантами) *(додаток В-1).* [22].

«Опитувальник психологічної стійкості військовослужбовців Збройних Сил України в умовах бойових дій» – надає можливість визначити актуальний рівень психологічної стійкості окремих військовослужбовців та підрозділу в цілому *(додаток В-2).* [22]

Опитувальник може застосовуватися в підрозділах, які беруть участь у бойових діях, або безпосередньо перед відправкою підрозділів в район ведення бойових дій. Результати даного індивідуального опитувальника надають можли-

вість їх зіставлення з результатами першого опитувальника (опитувального листа для командирів), оскільки 24 показники самооцінки психологічної стійкості військовослужбовців кореспондують з 12 критеріями оцінки МПС особового складу.

Опитувальник «Перелік симптомів ПТСР за шкалою PCL-5» використовують для скринінгу ПТСР. Питання за цією шкалою відображають відповідні кластери симптомів ПТСР згідно з класифікацією DSM-5 *(додаток Г*) [3].

Методика визначення груп адиктивного ризику військовослужбовців збройних сил України (В. Мороз) дозволяє проводити масові дослідження з метою визначення груп військовослужбовців, які мають підвищений ризик наявності нехімічних залежностей *(додаток Д*) [22].

Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (Б. Харт). Шкала призначена для первинного скринінгу перерахованих симптомів у осіб, які пережили будь-якого роду психічні травми *(додаток Е*) [1].

Опитувальник «Психологічне благополуччя –посттравматичні зміни» (PWB-PTCQ) призначений для самозвітного методу оцінювання змін психологічного благополуччя, що сприймаються, після травматичних подій *(додаток Ж*) [94].

Опитувальник розроблено переважно для масштабних досліджень, моніторингу роботи з клієнтами, що дозволяє відстежувати позитивні зміни, які відбуваються з ними.

Опитувальник посттравматичного зростання –розширений (PTGI-X; Р. Тедеші та інші) використовується для здійснення вивчення проявів посттравматичного зростання учасників бойових дій *(додаток К*) [144; 16].

Шкала життєстійкості Коннора-Девідсона вимірює життєстійкість або те, наскільки добре людина здатна оговтатися після стресових подій, трагедії чи травми *(додаток Л*) [43].

Опитувальник психологічної ресурсності особистості (О. Штепа). Діагностична мета опитувальника – визначення психологічних ресурсів особистості та її уміння ними оперувати *(додаток М*) [61].

Дані методики можуть використовуватись у діагностуванні та моніторингу психологічних змін військовослужбовців-учасників бойових дій у процесі реабілітації.

4.1.5. Технології сСВТ в системі психологічної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій

сСВТ – методика проведення когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) за допомогою комп'ютерів, планшетів і смартфонів. У випадках, коли пацієнт відчуває труднощі при особистому контакті з терапевтом або не має можливості спілкування з фахівцем у зв'язку з просторовими або фізичними обмеженнями, сСВТ може бути терапією вибору. Регулярний контакт зі спеціалістом можна підтримувати через різні комунікаційні пристрої у зручний час. Це дасть можливість фахівцю відстежувати динаміку процесу та реабілітації пацієнта і вносити необхідні корективи подальшого застосування програмного варіанту сСВТ.

сСВТ застосовується при тривожних розладах і депресії. При цьому слід враховувати, що ряд психічних і соматичних захворювань є протипоказаннями сСВТ. До них відносяться важкі форми депресії, шизофренія та інші психічні захворювання в стадії загострення, епілепсія, серйозні проблеми із зором і ускладнені ЧМТ. Особливу ефективність сСВТ проявляє при поєднанні з іншими видами психологічної та медикаментозної терапії.

Можливості сСВТ істотно розширилися завдяки підключенню ШІ. Це створило умови більш тонкого налаштування програмних засобів сСВТ під потреби пацієнта та ще більшій індивідуалізації терапевтичного процесу.

Основними перевагами сСВТ є доступність, інтерактивність і комфортність.

Також комп'ютерна когнітивно-поведінкова терапія мотивує пацієнта до спілкування з фахівцем. Анонімне, захищене, безпечне середовище, відсутність тимчасової прив'язки до сеансу і місця його проведення, також роблять онлайн сСВТ привабливою для пацієнтів.

Інноваційні методи відновлення базуються на використанні віртуальної реальності (VR), роботизованих систем, екзоскелетів, ШІ та сенсорних технологій, які забезпечують персоналізований підхід, дозволяючи відновлювати рухові, когнітивні та емоційні навички військовим, що зазнали бойових травм.

Екзоскелет для реабілітації поранених військових з 2023 року використовують у Держприкордонслужбі України.

Рис. 4.1.9. Екзоскелет для реабілітації (фото з сайту СОЦПОРТАЛ) [14]

Головною перевагою інноваційного відновлення є те, що інноваційні технології адаптуються до індивідуального стану пацієнта, як психологічного так і фізичного, підлаштовуючись під його можливості та корегуючи необхідну міру навантаження для ефективності терапії.

Так, застосування екзоскелетів та роботизованих пристроїв дозволяють протягом терапії підтримувати рухи та відновлювати дрібну моторику. Рукавички з датчиками і носимі пристрої електростимуляції (наприклад, Motive Health) допомагають відновлювати рухові функції, аналізуючи стан м'язів і їх активність.

Використання імерсивних та сенсорних технологій створюють інтерактивне безпечне середовище, яке сприяє зменшенню стресу, психологічному відновленню та відпрацюванню навичок пацієнтом у індивідуально змодельованому цифровому просторі.

Штучний інтелект (ШІ) та IoT використовуються для моніторингу стану пацієнта в реальному часі та адаптації індивідуальної програми відновлення до умов, що змінюються.

ШІ дозволяє збирати, моніторити та інтерпретувати великі обсяги інформації, що дають можливість лікарям, реабілітологам та медичним психологам відслідковувати стан пацієнтів та розробляти більш точні індивідуальні плани реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій.

Використання сучасних технологій та інноваційних методів терапії у реабілітаційних програмах дозволить своєчасно підлаштовувати програми лікування під індивідуальні потреби пацієнтів, сприяти їх фізичному та психологічному відновленню та подоланню травматичного досвіду, ефективно усувати хворобливу фіксацію на бойових травмах, покращувати соціальні навички, підвищувати рівень працездатності, сприяти зміцненню стійкості, психологічної адаптивності та посттравматичному зростанню військовослужбовців-учасників бойових дій.

4.2. Методичні рекомендації фахівцям соціально-психологічних служб щодо оптимізації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями

Реабілітаційна робота з військовослужбовцями, які мають досвід участі в бойових діях, потребує поєднання клінічно орієнтованих, психолого-педагогічних, організаційних та сімейно-центричних підходів. Дані сучасних досліджень вказують на складну конфігурацію наслідків бойової травми: поєднання ПТСР, депресії, соматичних розладів, змін ідентичності й одночасної можливості посттравматичного зростання (Greenberg et al., 2021; Dyball et al., 2022; Weber et al., 2025). Методичні рекомендації для фахівців соціально-психологічних служб мають будуватися на принципах доказовості, травмоорієнтованості, системного бачення сім’ї та підрозділу, а також на орієнтації не лише на редукцію симптомів, а й на підтримку ресурсів і зростання.

4.2.1. Загальні принципи організації реабілітаційної діяльності

По-перше, робота має бути структурована відповідно до сучасної моделі посттравматичного зростання (Tedeschi & Calhoun, 2004; Dyball et al., 2022), у

якій травматичне навантаження розглядається як тригер для глибокої когнітивно-емоційної перебудови, а не лише як джерело патології.

Це означає, що метою втручання є: забезпечення безпеки, стабілізація, зменшення симптомів, повернення функціонування, а також створення умов для смислотворення, реконструкції ідентичності та зміцнення особистісної й сімейної резилієнтності (Kondratyuk & Puchalska-Wasyl, 2020; Rhodes et al., 2024).

По-друге, необхідно дотримуватися принципу багаторівневості: поєднувати короткі, неінтенсивні втручання на рівні підрозділу й місцевої громади з більш спеціалізованими програмами у центрах реабілітації та клініках (Weber et al., 2025).

Це особливо важливо в умовах тривалої війни, коли доступ до високоспеціалізованої допомоги обмежений, а потреби військових є масовими.

По-третє, соціально-психологічні служби мають працювати у тісній взаємодії з медичними, сімейно-орієнтованими та ветеранськими структурами, зберігаючи при цьому професійну автономію й чіткий мандат: оцінка, психоосвіта, психотерапевтичні й психосоціальні втручання, координація ресурсів.

4.2.2. Рівні втручання та маршрутизація військовослужбовців

Доцільно чітко розрізняти рівні реабілітаційних заходів і відповідні завдання для фахівців соціально-психологічних служб.

Таблиця 4.2.1

Рівні реабілітаційної діяльності та роль соціально-психологічних служб

Рівень	Основні завдання	Приклади інтервенцій
Первинний (підрозділ, громада)	Рання ідентифікація ризиків, психоосвіта, нормалізація реакцій, підтримка командирів	Бріфінги, групові заняття зі стресостійкості, консультації «за запитом», базовий скринінг
Вторинний (реабілітаційні відділення, ветеранські центри)	Структуровані психотерапевтичні й групові програми, робота з сім'ями, координація ресурсів	КБТ-групи, програми розвитку резилієнтності, сімейні консультації, ПТЗ-орієнтовані групи
Третинний (спеціалізовані клініки)	Інтенсивна терапія коморбідних станів, мультидисциплінарні протоколи	Інтеграція медикаментозного лікування, психотерапії, фізичної реабілітації, соціальної підтримки

Джерела: *Dyball et al. (2022); Weber et al. (2025); Monson & Fredman (2012); Whitworth & Ciccolo (2016).*

Фахівці соціально-психологічних служб мають забезпечувати чіткі маршрути переходу між рівнями: алгоритми направлення у спеціалізовані служби при виражених симптомах ПТСР, суїцидальному ризику, тяжких депресивних станах; повернення на нижчі рівні після стабілізації; підтримувальні інтервенції для ветеранів у громаді.

4.2.3. Оцінювання стану та планування реабілітації

Методично доцільно поєднувати стандартизовані інструменти та клінічне інтерв'ю. Для скринінгу ПТСР, депресії та тривоги рекомендовано використовувати валідизовані опитувальники (наприклад, PCL-5, PHQ-9, GAD-7), адаптовані до української популяції ветеранів (Greenberg et al., 2021; Menzul et al., 2020). Одночасно важливо оцінювати:

- рівень резилієнтності, самоефективності й базової надії (Kondratyuk & Puchalska-Wasyl, 2020; Bartone & Bowles, 2020);
- соціальну підтримку, згуртованість підрозділу, сімейні ресурси (Grover et al., 2024; Weber et al., 2025);
- прояви посттравматичного зростання або потенціал до нього (Greenberg et al., 2021; Zerach, 2024);
- функціонування в основних життєвих доменах (служба, сім'я, навчання, працевлаштування).

Результати оцінювання мають оформлюватися у формі індивідуального реабілітаційного плану з чітко визначеними цілями: стабілізація, редукція симптомів, відновлення ролей, формування смислів, підтримка ПТЗ. План підлягає перегляду через визначені інтервали (наприклад, кожні 8–12 тижнів) із повторним вимірюванням ключових показників.

4.2.4. Зміст психолого-педагогічних втручань

На первинному й вторинному рівнях доцільно використовувати комбіновані програми, які включають:

1. Психоосвіту щодо нормальних та патологічних реакцій на бойову травму, механізмів ПТСР, ролі резилієнтності й ПТЗ, доступних форм допомоги (Osodlo & Zubovskyi, 2020; Whealin et al., 2020).

2. Тренінги стресостійкості та саморегуляції, що поєднують навички дихальної та м'язової релаксації, техніки усвідомленості, елементи когнітивно-поведінкових методів, а також групову підтримку (Вахоцька та Шестопалова, 2020; Doody et al., 2021).

3. ПТЗ-орієнтовані групи, у яких опрацьовуються смислові аспекти пережитого досвіду, ідентичність «ветерана» й «захисника», переоцінка цінностей, формування нових життєвих цілей (Rhodes et al., 2024; Kim et al., 2024; Park et al., 2021).

4. Використання фізичної активності та ігрових форматів (екзергейми, групові спортивні програми) як доказово обґрунтованого засобу зниження симптомів ПТСР і депресії, підвищення залученості до реабілітації (Whitworth & Ciccolo, 2016; Yuan et al., 2025; Colder Carras et al., 2018).

5. Залучення сім'ї до психоосвітніх, консультативних і, за потреби, сімейно-терапевтичних форматів, що знижує ризик вторинної травматизації та підсилює ресурси сімейної системи (Monson & Fredman, 2012; Beardslee et al., 2011; Lester et al., 2016).

Усі ці елементи мають адаптуватися до культурного й організаційного контексту Збройних Сил України, з урахуванням особливостей поточного етапу війни, ротацій, можливостей дистанційної роботи та логістичних обмежень.

4.2.5. **Робота з ідентичністю та сімейним контекстом**

Фахівцям соціально-психологічних служб варто цілеспрямовано інтегрувати в програми компоненти, пов'язані з реконструкцією ідентичності та сімейних ролей.

Дослідження свідчать, що посттравматичне зростання опосередковується процесами смислотворення, переосмислення життєвої історії й інтеграції травматичного досвіду в цілісний наратив «я» (Kim et al., 2024; Seol et al., 2021; Tappenden et al., 2021). Робота з наративами може включати:

- індивідуальні або групові формати, де військовослужбовці описують свій шлях до, під час і після війни;
- спільні сімейні сесії, спрямовані на узгодження поглядів на події, очікувань щодо майбутнього, перерозподіл ролей у сім'ї (Monson et al., 2012; Beardslee et al., 2011).

Для сімей із високим рівнем конфліктності, вторинної травматизації або значних порушень батьківських функцій доцільно організовувати доступ до спеціалізованих сімейних програм (CBCT for PTSD, FOCUS-подібні моделі) в межах міжвідомчої співпраці.

4.2.6. Підтримка самих фахівців і профілактика вигорання

Оптимізація реабілітаційної діяльності неможлива без системної підтримки фахівців соціально-психологічних служб, які працюють у хронічно травматизованому середовищі, часто мають власний бойовий або втратний досвід і стикаються з високим навантаженням.

Дані щодо ментального стану українських фахівців і дослідників під час війни свідчать про підвищені рівні стресу, тривоги й емоційного виснаження (Tsybuliak et al., 2025; Pinchuk et al., 2025). Тому методичні рекомендації мають передбачати:

- регулярну супервізію та інтервізійні групи;
- доступ до психологічної допомоги для персоналу;
- нормування робочого навантаження, чіткі протоколи дій у кризових ситуаціях;
- навчання методам саморегуляції й управління професійними межами.

4.2.7. Моніторинг ефективності та удосконалення програм

Важливою складовою рекомендацій є впровадження системи моніторингу та оцінювання ефективності реабілітаційних програм. На рівні соціально-психологічних служб доцільно:

- використовувати стандартизовані опитувальники для вимірювання симптомів ПТСР, депресії, тривоги, резилієнтності й ПТЗ до та після втручання (Greenberg et al., 2021; Dyball et al., 2022; Weber et al., 2025);

- збирати дані про функціональні показники (повернення до служби, працевлаштування, сімейне функціонування);
- аналізувати задоволеність учасників програм та бар'єри доступу;
- використовувати результати моніторингу для модифікації форматів програм, тривалості, інтенсивності та поєднання компонентів (наприклад, поєднання ПТЗ-орієнтованих груп із фізичною активністю чи сімейними сесіями).

4.3. Методичні рекомендації фахівцям соціально-психологічних служб стосовно оптимізації індивідуальної та групової роботи з військовослужбовцями та їх сім'ями

Робота з військовослужбовцями та їхніми сім'ями в умовах тривалої війни повинна розглядатися як системний, поетапний процес, який охоплює індивідуальні, групові та сімейні формати.

Дані сучасних досліджень свідчать, що поєднання індивідуально орієнтованих втручань, групової підтримки та сімейних програм забезпечує кращу динаміку відновлення, зменшення симптомів ПТСР, депресії й тривоги, а також створює умови для актуалізації посттравматичного зростання (Greenberg et al., 2021; Dyball et al., 2022; Monson & Fredman, 2012; Rhodes et al., 2024; Weber et al., 2025).

Нижче подано узагальнені методичні рекомендації щодо оптимізації індивідуальної та групової роботи, орієнтованої на реабілітацію та підтримку ПТЗ у військових і членів їхніх сімей.

4.3.1. Загальні методологічні орієнтири

По-перше, усі втручання мають бути травмоорієнтованими, з урахуванням можливих тригерів, дисоціативних проявів, соматичних симптомів та специфіки бойових переживань (Greenberg et al., 2021; Shelef et al., 2025). Необхідно уникати як надмірної деталізації травматичних епізодів на ранніх етапах, так і повного ігнорування бойового досвіду, який є центральним для ідентичності військовослужбовця.

По-друге, індивідуальна, групова й сімейна робота мають розглядатися як взаємодоповнювані модулі єдиного реабілітаційного маршруту, а не як автономні або конкуруючі формати (Weber et al., 2025; Osodlo & Zubovskyi, 2020). Вибір формату визначається клінічним станом, мотивацією, рівнем безпеки та ресурсною спроможністю сім'ї та підрозділу.

По-третє, ключовим завданням є не лише редукція симптомів, а й підтримка смислотворення, реконструкції ідентичності та посттравматичного зростання, з опорою на резилієнтність, базову надію, соціальну підтримку та колективну ідентичність (Kondratyuk & Puchalska-Wasyl, 2020; Kim et al., 2024; Seol et al., 2021; Rhodes et al., 2024).

4.3.2. Оптимізація індивідуальної роботи з військовослужбовцями

Індивідуальна робота є базовим форматом при виражених симптомах ПТСР, депресії, суїцидальному ризику, а також у випадках, коли групове обговорення бойового досвіду є передчасним або небезпечним (*табл. 4.2.2).*

Таблиця 4.2.2

Етапи індивідуальної роботи з військовослужбовцями

Етап	Основні завдання	Методичні акценти
1. Оцінка та формування робочого альянсу	Збір анамнезу, скринінг ПТСР, депресії, тривоги, оцінка ресурсів та ризиків	Використання валідизованих опитувальників (PCL-5, PHQ-9, GAD-7), напівструктуроване інтерв'ю; чітке пояснення меж та цілей роботи (Greenberg et al., 2021; Menzul et al., 2020)
2. Стабілізація та психоосвіта	Нормалізація симптомів, розвиток навичок саморегуляції	Психоосвіта щодо реакцій на травму, навчання технікам дихальної та м'язової релаксації, елементи усвідомленості (Вахоцька & Шестопалова, 2020; Doody et al., 2021)
3. Опрацювання травматичного досвіду	Зменшення інтенсивності симптомів ПТСР, інтеграція спогадів	Травмоорієнтована КБТ, елементи експозиції, робота з когнітивними спотвореннями, обережне включення наративних підходів (Monson & Fredman, 2012; Lee et al., 2020)
4. Смислотворення та ПТЗ	Переосмислення досвіду, формування нових життєвих цілей	Обговорення змін у цінностях, ідентичності та стосунках; підтримка конструктів «я впорався», «я маю нові завдання» (Kim et al., 2024; Seol et al., 2021; Rhodes et al., 2024)
5. Планування майбутнього та завершення	Закріплення змін, профілактика рецидивів	Формування плану подальшого життя, навчання самоспостереженню; за потреби – направлення до групових або сімейних програм (Weber et al., 2025)

При роботі з військовим доцільно систематично оцінювати не лише симптоми, а й рівень посттравматичного зростання, самоідентифікації та соціального функціонування.Це дає змогу уникати редукціоністського підходу, за якого увага зосереджується виключно на патології, і підсилює мотивацію до активної участі в реабілітації (Greenberg et al., 2021; Dyball et al., 2022).

4.3.3. Оптимізація групової роботи з військовослужбовцями

Групові формати забезпечують можливість взаємної підтримки, нормалізації переживань і розвитку колективної ідентичності «тих, хто пройшов війну».

Водночас група може підсилювати симптоми при недостатній структурі, відсутності правил або надмірній деталізації травматичних подій (Rhodes et al., 2024; Grover et al., 2024).

Таблиця 4.2.3

Основні типи групової роботи з військовослужбовцями

Тип групи	Мета	Ключові елементи
Психоосвітні групи	Надання інформації про ПТСР, депресію, ПТЗ, ресурси допомоги	Короткі модулі, фокус на нормалізації, вправи з саморегуляції, мінімальна деталізація травматичних епізодів (Whealin et al., 2020; Osodlo & Zubovskyi, 2020)
Групи стресостійкості	Розвиток навичок подолання стресу, підвищення резилієнтності	Тренінги релаксації, когнітивні техніки, робота з мисленнєвими звичками, рольові вправи (Вахоцька & Шестопалова, 2020; Doody et al., 2021)
ПТЗ-орієнтовані групи	Підтримка смислотворення та посттравматичного зростання	Обговорення цінностей, змін у поглядах на життя, історій зростання, цілей на майбутнє (Park et al., 2021; Kim et al., 2024; Rhodes et al., 2024)
Інтегративні групи з фізичною активністю / ігровими елементами	Зниження симптомів, підвищення залученості	Використання фізичних вправ, ігрових та командних завдань, екзергеймів, що поєднуються з психоосвітою (Whitworth & Ciccolo, 2016; Colder Carras et al., 2018; Yuan et al., 2025)

Для оптимізації групової роботи слід:

- здійснювати попередній відбір учасників, враховуючи тяжкість стану, ризик дестабілізації, готовність до групової взаємодії;
- чітко формулювати правила (конфіденційність, повага, право не говорити про те, до чого людина не готова);
- уникати ситуацій, коли в одній групі опиняються військові з протилежними бойовими ролями чи гострими міжособистісними конфліктами;
- інтегрувати елементи ПТЗ-орієнтованих завдань (ідентифікація зон зростання, нових ресурсів, змін у стосунках) у структуру навіть симптом-орієнтованих груп (Rhodes et al., 2024; Weber et al., 2025).

4.3.4. Робота з сім’ями: індивідуальні та групові формати

Сім’я військовослужбовця є одночасно ресурсом і потенційною зоною додаткового стресу.

Наявні дані свідчать, що сімейно-центричні інтервенції знижують симптоматику ПТСР, покращують функціонування подружньої пари та дітей, підсилюють ефекти індивідуальної терапії (Monson & Fredman, 2012; Beardslee et al., 2011; Lester et al., 2016).

Доцільно поєднувати:

- ***Індивідуальні сімейні консультації***, спрямовані на аналіз змін у ролях, комунікації, батьківських функціях, очікуваннях щодо «повернення до нормальності»;
- ***Сімейну терапію*** у випадках виражених конфліктів, вторинної травматизації, насильства, розладів адаптації у дітей;
- ***Багатосімейні групи***, де обговорюються спільні виклики, обмінюються стратегії подолання, формуються мережі взаємопідтримки.

Таблиця 4.2.4

Фокус роботи з сім'ями військовослужбовців

Напрям	Цілі	Методичні акценти
Психоосвіта для сім'ї	Розуміння симптомів ПТСР, депресії, особливостей «повернення»	Інформаційні зустрічі, брошури, онлайн-матеріали; пояснення, що певні реакції є типовими (Lester et al., 2016)
Сімейна комунікація	Зменшення конфліктів, відновлення діалогу	Техніки активного слухання, «я-повідомлення», безпечне обговорення бойового досвіду (Monson & Fredman, 2012)
Батьківство	Підтримка батьківських функцій, профілактика вторинної травматизації дітей	Обговорення меж, стабільності, рутин; пояснення дітям змін у поведінці батька/матері (Beardslee et al., 2011)
Підтримка ПТЗ	Формування спільних смислів і цілей	Обговорення того, які позитивні зміни сім'я вже помічає, які спільні цілі можуть бути поставлені (Kim et al., 2024; Seol et al., 2021)

4.3.5. Критерії вибору формату та маршрутизація

Оптимізація роботи передбачає чіткі критерії, згідно з якими фахівець визначає доцільність індивідуальної, групової або сімейної форми:

- вираженість симптомів ПТСР, депресії, суїцидальний ризик → пріоритет індивідуальної терапії з можливим подальшим підключенням групових програм;
- домінування сімейних конфліктів, проблем батьківства → сімейно-центричні формати;
- високий рівень ізоляції, потреба у нормалізації досвіду → групи підтримки, ПТЗ-орієнтовані групи;
- потреба у довгостроковому супроводі в громаді → комбінування періодичних індивідуальних консультацій із групами та мережами взаємодопомоги (Weber et al., 2025; Grover et al., 2024).

Рекомендується формувати для кожного військовослужбовця та його сім'ї «індивідуальний маршрут реабілітації», у якому передбачені можливі переходи між форматами залежно від динаміки стану та життєвих обставин.

4.3.6. Підтримка фахівців та якість надання допомоги

З огляду на високий рівень навантаження й ризик професійного вигорання фахівців соціально-психологічних служб, методичні рекомендації мають включати положення щодо:

- регулярної супервізії та інтервізії;
- доступу до власної психологічної підтримки;
- чіткої регламентації робочого часу та навантаження;
- навчання роботі з травмою, ПТЗ, сімейними системами, груповими процесами (Tsybuliak et al., 2025; Pinchuk et al., 2025).

Системна підтримка фахівців підвищує стабільність реабілітаційних програм та якість допомоги військовослужбовцям і їхнім сім’ям.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

У 2014 році розпочалася воєнна аґресія Російської Федерації проти України. З 24 лютого 2022 року вона набула повномасштабного характеру. Російсько-українська війна призвела до того, що мільйони українців зіткнулися з жахіттями війни: опинялися під обстрілами, пережили окупацію, покинули свої домівки і стали тимчасово переміщеними особами. Найбільші випробування проходять чоловіки та жінки, що нині перебувають у лавах ЗСУ. І нині, в лютому 2026 року, коли публікується це дослідження, війна триває.

«Міжнародна класифікація психічних і поведінкових розладів» наголошує: гостра реакція на стрес і посттравматичні стресові розлади неминуче виникають у ситуаціях зіткнення особистості зі стрес-факторами, котрі становлять загрозу життю, здоров'ю, актуальним цінностям самої особистості, або ж значущих для неї осіб. Це може бути поодинокий стрес-фактор високої інтенсивності, пролонгований стрес-фактор низької інтенсивності, або ж їх сукупність. Тож, навіть тоді, коли особистість не може виокремити одну травматичну ситуацію, яка викликає в неї дисфоричні реакції, сама неперервна послідовність менш інтенсивних деструктивних події так чи так спричиняють реакції посттравматичного спектру.

Деструктивні постстресові переживання небезпечні тим, що особистість губиться на лінії часу; перебуваючи на віддалі од травматичної події, тут і нині її не полишають відчуття та реакції, які були в момент зіткнення зі стрес-фактором. Це може бути паніка, ступор, аґресія тощо. Такі реакції в діапазоні «бий – біжи» виправдані, а найчастіше й об'єктивно необхідні, при зіткненні зі стрес-фактором високої інтенсивності. Однак їх спонтанне та неконтрольоване виникнення за межами стресової ситуації є причиною страждань самої особистості й дошкуляє оточуючим. Саме тому, особи, які пережили травматичні події, спричинені російською воєнною аґресією, потребують кваліфікованої психологічної допомоги.

Дослідження «Сприяння подоланню травматичного досвіду військовослужбовців» – це методичні рекомендації, необхідні для надання психологічної допомоги особам, котрі пережили травматичні події підчас російсько-української війни; насамперед вони актуальні для психологічної роботи з військовослужбовцями-учасниками бойових дій. Дослідження базується на теоретичній максимі: посттравматичне зростання є необхідною умовою подолання травматичного досвіду. Особа, яка взяла до рук зброю, щоб захистити свою країну, близьких і високі гуманістичні цінності, вже подолала першу спонтанну реакцію, притаманну живій істоті: в ситуації небезпеки – біжи! Однак військовослужбовці прийняли бій. І вже ця подія в їхній біографії є кроком в напрямкові особистісного зростання. Тож, підчас терапії з учасниками бойових дії завдання психолога – лише «підсвітити» клієнту цю сторінку його особистої історії й дати можливість усвідомити її значущість.

Залишатись у строю, щодня і щоночі виконувати свої обов’язки, прощатись із загиблими побратимами, а потім усе ж виконувати бойові завдання, раціонально усвідомлюючи всі небезпеки й долаючи страх, – це мовою етики іменується «героїзм», а з погляду психології, – реалізація особистості, для якої цінності з верхніх сходинок «піраміди» Маслоу визначальніші, аніж, так звані, «базові цінності». Це шлях, котрий проходять воїни ЗСУ.

Розкриті в цьому дослідженні методи роботи з психологічними травмами покликані тільки в рамках терапевтичного процесу допомогти особами, котрі вже збудували фундамент своєї особистості.

Список використаних джерел

1. **Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук, В.В., Ткаченко В.В.** Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. – 234 с.

2. **Анатомія стресу. Ганс Сельє та послідовники**. Київ: Медкнига, 2024. 148 с.

3. **Безшейко В.** Адаптація шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника «Перелік симптомів ПТСР» для української популяції. Психосоматична медицина та загальна практика. Київ, 2016. Т. 1, № 1. С. 30–31. URL: https://neuronews.com.ua/ ua/archive/2018/3%2896%29/pages-30-31/ adaptaciya-shkali-dlya-klinichnoyi-diagnostiki-ptsr-ta-opituvalnikaperelik-simptomiv-ptsr-dlya-ukrayinskoyi-populyaciyi-#gsc.tab=0

4. **Белов О. О., Маркова М. В., Марков А. Р.** Посттравматичне зростання: дослідження взаємодії інтра- та інтерпсихічних ресурсів особистості. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2025. Том 12. № 1(27). URL: https://doi.org/10.26565/ 2312-5675-2025-27-02

5. **Бугайова Н. М.** Використання AR в реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. Здобутки української психології за воєнний час та ціна, яку вона платить за це / Збірник матеріалів Всеукраїнського наукового круглого онлайн-столу (м. Київ, 20 травня 2025 року) / за ред. С. Д. Максименка, В. В. Турбан. – Київ, Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2025. 107 с. С.15-18.

6. **Бугайова Н. М.** Особливості та перспективи розвитку української психології особистості. Соціокультурні детермінанти розвитку психології особистості в Україні: монографія. / В. В. Турбан, Л. З. Сердюк, В. В. Москаленко та ін.; за наук. ред. В. В. Турбан. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2023, 296 с.

7. **Бугайова Н. М.** Посттравматичне зростання у структурі психологічних наслідків участі військовослужбовців в бойових діях. Життєві виклики сучасного суспільства в умовах воєнного часу / Збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Київ, 05-06 листопада 2024 року) / за ред. С. Д. Максименка, В. В. Турбан. – Київ, Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2024. – 95 с.

8. **Бугайова Н. М.** Технології VR в системі психологічної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. Наукова спадщина української психології: єдність минулого та теперішнього / Збірник матеріалів щорічного Всеукраїнського наукового круглого онлайн-столу (м. Київ, 12 червня 2025 року) / за ред. С. Д. Максименка, В. В. Турбан. – Київ, Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2025. 94 с. С.11-14.

9. **Важливі навички в періоду стресу**: Ілюстроване керівництво. За ред. Уїлсона Д. 2021. URL: https://platforma-msb.org/wp-content/uploads/2021/03/Posibnyk- Vazhlyvi-navychky-v-periody-stresu.pdf

10. **Вахоцька, І., & Шестопалова, М.** (2020). Загальнометодологічні та організаційно-методичні підходи до розробки тренінгу із розвитку стресостійкості в учасників бойових дій. *Збірник наукових праць Національної академії ДПСУ, (54)*, 51–57. URL: https://doi.org/10.33099/2617-6858-2020-54-1-51-57

11. **Вознесенська О. Л.** Арт-технології у розв'язанні конфліктів. Київ: Human Rights Foundation. 2019. 32 с.

12. **Гусак, Н., Чернобровкіна, В., Чернобровкін, В., Максименко, А., Богданов, С., Бойко, О.** *Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс*: навч.-метод. посіб./За заг. ред. Н.Гусак. Київ: НаУКМА., 2017. 92 с.

13. **Дегтяренко Т. В., Ковиліна В. Г.** Психофізіологія розвитку: підручник для студентів закладів вищої освіти. Київ: ДП «Експрес-об'ява», 2023. 352 с

14. **Екзоскелет для реабілітації поранених** показали в Держприкордонслужбі. СОЦПОРТАЛ. 05.15.2023. URL: https://socportal.info/ua/news/vikoristannya-ekzoskeleta-dlya-poranenikh-pokazali-v-derzhprikordonsluzhbi/

15. **Журавльова Н. Ю.** Особливості психологічної допомоги сім'ям демобілізованих військовослужбовців. *Актуальні проблеми психології*: зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Консультативна психологія і психотерапія. 2015. Том 3. Вип.11. С. 76–84.

16. **Забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців** в умовах бойових дій : метод. посіб. / О. Кокун та ін. Київ-Одеса : Фенікс, 2022. 128 с.

17. **Зливков В. Л., Лукомська С. О.** Сучасні тренінгові технології розвитку особистості в освіті. Київ. 2022. 184 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/ 731898/1/Зливков_Лукомська_тренінг в освіті.pdf

18. **Климчук В. О.** Посттравматичне зростання та як можна йому сприяти у психотерапії. *Наука і освіта.* Серія Психологія. 2016. № 5. С. 46–52. URL: http://dspace.pdpu.edu.ua/bitstream/123456789/2128/1/Vitalii%20Klymchuk.pdf

19. **Ковалик Т., Чоботар В., Гуковський О.** Посібник самодопомоги. 2021. URL:https://usp.community/images/File/Self-support_manual_Ukrainian.pdf

20. **Кокун О. М., Мельничук Т. І**. Резилієнс-довідник: практичний посібник. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2023. 25 с.

21. **Кокун О. М., Агаєв Н.А., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В.** (2017). Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ. 282 с.

22. **Кокун О. М., Лозінська Н. С., Пішко І. О., Олійник В. О.** Діагностика психологічних змін у військовослужбовців в умовах війни : метод. посіб. К. : ТОВ «7БЦ», 2025. 162 с.

23. **Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О.** Теоретичні основи посттравматичного зростання військовослужбовців – учасників бойових дій : метод. посіб. К. : ТОВ «7БЦ», 2023. 148 с. ISBN 978-617-549-301-4.

24. **Лазос Г. П.** Посттравматичне зростання: теоретичнв моделі, нові перспективи для практики. *Актуальні проблеми психології*: зб. наук. праць Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. . 2016. Том 1. Вип 45. С.120–127.

25. **Лукомська С. О.** Посттравматичне зростання: теоретичні підходи, емпіричні методики та практичні рекомендації. *Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика: монографія* / за ред. С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Зливкова. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2017. С. 215–235. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/706770/1/Особистість%20як%20суб'єкт%20подолання%20кризових%20ситуацій_%20психологічна%20теорія%20і%20практика.pdf

26. **Макарчук М. Ю., Куценко Т. В., Кравченко В. І., Данилов С. А.** Психофізіологія: навчальний посібник. Київ: ООО «Інтерсервіс», 2011. 329 с.

27. **Максименко С. Д. (2006).** Генеза здійснення особистості. К.: Видавництво ТОВ "КММ". 240 с.

28. **Мельник О. А.** Важливість та проблемність розуміння психічних станів. «Актуальні аспекти психологічного забезпечення професійної діяльності сил безпеки та оборони України»: Матеріали VIII всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Харків, 30 листопада 2022 року). Харків: Національна академія НГУ, 2022. С. 121–123.

29. **Мельник О. А.** Особливості психокорекції психічних станів при певних обставинах. Забезпечення психологічної допомоги в секторі безпеки та оборони України: збірник тез доп. ІІ Всеукр. міжвід. психол. форуму (м. Київ, 30 травня 2023 р.). Київ: ДНДІ МВС України, 2023. С. 137–139.

30. **Михайлов Б. В., Чугунов В. В., Курило В. О., Саржевський С. Н.** Посттравматичні стресові розлади: Навчальний посібник. Під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. Вид. 2-е, перероблене та доповнене. Харків: ХМАО, 2014. 223 с.

31. **Наугольник Л. Б.** Психологія стресу: підручник Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.

32. **Омельченко Я. М.** Вплив симптомів ПТСР у військовослужбовців на психоемоційний стан їхніх дітей. *Актуальні проблеми психології*: зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2019. Том ІІІ. Вип.15. С. 47–74.

33. **Основи реабілітаційної психології:** подолання наслідків кризи. Навч. пос. Том 2. Київ, 2018. 240 с.

34. **Основи реабілітаційної психології**: подолання наслідків кризи. Нав–чальний посібник. Київ : ОБСЄ, 2018. Том 3. 236 с. URL: https://www.osce. org/sites/default/files/f/documents/4/d/430841.pdf

35. **Осьодло В. І.** Особистісні чинники подолання стресових ситуацій в особливих умовах. Проблеми екстремальної та кризової психології. 2013. Вип.14. Ч. І. С. 243–253.

36. **Павлик Н. В.** Психологічний супровід військовослужбовців, спрямований на психологічну реабілітацію постстресових психічних розладів : метод. посіб. Київ, 2020. 92 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/719941/1/Посібник%20реабі літація%20ПТСР-конвертирован%20%281%29.pdf

37. **Приходько І. І.** Профілактика бойового стресу у військовослужбовців. *Бочаровські читання*. Тези доп. учасників Міжнар. наук.-практ. конф., присвяч. 25-річчю підгот. психологів у Харків. нац. ун-ті внутр. справ (м. Харків, 13 квіт. 2018 р.) МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків, 2018. С. 216–219.

38. **Проєкт Re:start:** Реабілітаційні VR-простори вже працюють у 5 містах України. dsnews.ua. 16.09.2025 р. URL: https://www.dsnews.ua/ukr/society/proyekt re-start-reabilitaciyni-vr-prostori-vzhe-pracyuyut-u-5-mistah-ukrajini-16092025-447654

39. **Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я**: навч. Посібник / заг. ред. М. С. Корольчука. Київ: Фірма «ІНКОС», 2002. 272 с.

40. **Рибак О. С.** Поняття посттравматичного зростання в позитивній психології. *Психологічний часопис*. 2022. 8 (4), 69–78. URL: https://apsijournal.com/index.php/ psyjournal/article/view/1536/878

41. **Сіпко Л. О.** Подолання бойового стресу та його психологічних наслідків. *Науковий вісник МНУ імені В. О. Сухомлинського.* Психологічні науки. 2015. № 2(15). С.129–134.

42. **Сіренко Т., Кухарук О., Флоренкова О.** Управління стресом та самодопомоги під час бойових дій та післявоєний період. Київ, 2023. 69 с.

43. **Стаднік А. В., Мельник Ю. Б.** Шкала життєстійкості Коннора-Девідсона: метод. посіб. (укр. версія). Харків: ХОГОКЗ. 2025. 12 с. https://doi.org/10.26697/ sri. krpoch/ stadnik.melnyk.3.2025

44. **Титаренко Т. М.** Як допомогти свідкам і учасникам травматичних подій: горизонти соціально-психологічної реабілітації. *Актуальні проблеми соціології психології педагогіки:* зб. наук. праць, Київський національний університет імені Тараса Шевченка. 2016. № 4(29). С. 163–170.

45. **Турбан В. В.** Війна як дослідницький виклик і можливість: міжнародна інтеграція української психології та етичні ризики «капіталізації травми». Здобутки української психології за воєнний час та ціна, яку вона платить за це / Збірник матеріалів Всеукраїнського наукового круглого онлайн-столу (м. Київ, 20 травня 2025 року) / за ред. С. Д. Максименка, В. В. Турбан. – Київ, Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2025. 107 с. С.7-9.

46. **Турбан В. В.** Психологічне благополуччя та посттравматичне зростання військовослужбовців: роль резилієнтності, базової надії та самоефективності. Наукова спадщина української психології: єдність минулого та теперішнього /

Збірник матеріалів щорічного Всеукраїнського наукового круглого онлайн-столу (м. Київ, 12 червня 2025 року) / за ред. С. Д. Максименка, В. В. Турбан. – Київ, Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2025. 94 с. С. 5-7.

47. **Туриніна О. Л.** Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч, закл. Київ: ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с.

48. **У Львові захисникам з ампутацією допомагають зменшити біль** через віртуальну реальність. lviv.media. 13.01.2025. URL: https://lviv.media/lviv/105174-u-lvovi-zahisnikam-z-amputaciyeyu-dopomagayut-zmenshiti-bil-cherez-virtualnu-realnist/

49. **Харитонова Н., Якіма С., Черниш О., Крижба С.** Баготовимірність моделей посттравматичного зростання в психологічній реабілітації ветеранів російсько-української війни. *Гуманітарні студії: педагогіка, психологія, філософія*. 2024. №12 (2). С. 227-240. URL: https://doi.org/10.31548/hspedagog15(2).2024.227-240

50. **Харченко В. Є., Шугай М. А.** Психологічна діагностика та корекція посттравматичного стресового розладу особистості : методичний посібник. Острог : Видавництво Національного університету «Острозька академія», 2015. 160. URL: https://lib.oa.edu.ua/files/funds/vudavnutstvo/Shugai.%20Psyhologich na%20diagnostyka%20ta%20korekcija.pdf

51. **Чудакова В. П.** Забезпечення психологічної допомоги засобами інтегративних психотехнологій NLP: подолання наслідків травмуючих ситуацій, розвитку стресостійкості та здібності до швидкої адаптації. // *Забезпечення психологічної допомоги в секторі Сил оборони України:* зб. тез Всеукр. міжвід. психол. форуму (м. Київ, 30 червня 2022 р.). Київ: «Вид-во Людмила», 2022. 324 с. С. 286-293. URL: https://dndi.mvs.gov.ua

52. **Чудакова В. П.** Інтегративний інструментарій забезпечення психологічної допомоги і розвиток компетентностей стресостійкості та здатності до швидкої адаптації особистості в складних життєвих травмуючих ситуаціях, з використанням діагностичних і корекційних, цифрових і STEM-методів. // *Освіта та розвиток обдарованої особистості:* щоквартальний науково-методичний журнал. Київ: ІОД, № 1 (88) / І квартал / 2023. С. 67-77. DOI: https://doi.org/10.32405/2309-3935-2023-1(88)-67-77 URL: http://otr.iod.gov.ua/images/pdf/2023/ 1/9.pdf

53. **Чудакова В. П.** Інтегративний інструментарій і особливості реалізації «технології формування психологічних компетентностей конкурентоздатності особистості в умовах інноваційної діяльності організацій», як основи і дієвого засобу, практики психологічної допомоги в подоланні психологічних проблем і травм, розвитку стресостійкості та здатності до швидкої адаптації особистості, у складних надзвичайних ситуаціях, як компонентів мілітарної ідентичності. Частина 1. Науковий-семінар практикум. // «*Освіта та розвиток обдарованої* особистості*»:* щоквартальний науково-методичний журнал. №2 (97), 2025. С. 57-67. DOI: https://doi. org/10. 6343 7/ 3083-6425-2025-2(97)-08

54. **Чудакова В. П.** Ключові компоненти, особливості, напрями, детермінанти, особливості практики науково-методичного забезпечення психологічної допомоги, підтримки і самодопомоги у подоланні наслідків травмуючих ситуацій, розвитку стресостійкості, здатності до швидкої адаптації, активізації посттравматичного зростання особистості комбатантів і цивільного населення у екстремальних умовах, на основі реалізації «технології формування психологічних компетентностей конкурентоздатності особистості». Частина 3. // «Освіта та розвиток обдарованої особистості»: щоквартальний науково-методичний журнал, №4 (99). 2025. С. 80-98.

55. **Чудакова В. П.** Основні детермінанти та інтегративний інструментарій формування мілітарної ідентичності учасників освітнього процесу, засобами «психологічної допомоги в подоланні наслідків травмуючих ситуацій, розвитку стресостійкості та здатності до швидкої адаптації», на основі реалізації «технології формування психологічних компетентностей конкурентоздатності особистості». Частина 2. Науковий-семінар практикум. // «*Освіта та розвиток обдарованої особистості»:* щоквартальний науково-методичний журнал, №3 (98). 2025. С. 76-92 URL: https://otr.iod.gov.ua/ojs/index.php/otr/article/view/277/ 268 DOI: https://doi.org/10.63437/3083-6425-2025-3(98)-11

56. **Чудакова В. П.** Реалізація компетентнісно орієнтованого навчання: навчальна програма. Київ: КОНВІ ПРІНТ, 2021. 25 с. URL: https://undip.org.ua/wp-content/uploads/2021/12/21-29-CHudakova.pdf

57. **Чудакова В. П.** Реалізація кореляційного аналізу, побудова «кореляційної матриці» та «кореляційних плеяд», особливості взаємозв'язку та взаємозалежності емпіричних даних дослідження «пріоритетних психологічних компетентностей конкурентоздатності особистості» (за методикою В. Чудакової), за результатами математично-статистичного аналізу з використанням програми SPSS, цифрових і STEM методів. (частина 16). // «Освіта та розвиток обдарованої особистості»: щоквартальний науково-методичний журнал. № 3 (94) / ІІІ квартал / 2024. С. 69-85 DOI: https://doi. org/10.32405/2309-3935-2024-3(94)-69-85

58. **Чудакова В. П.** Технологія формування психологічних компетентностей конкурентоздатності особистості у швидкозмінних умовах інноваційної діяльності організацій, з використанням діагностичних, корекційних, цифрових і STEM методів, програм SPSS і штучного інтелекту. (2025). // «Освіта та розвиток обдарованої особистості»: щоквартальний науково-методичний журнал., №1, С. 91-106. URL:https://doi.org/10.63437/2309-3935-2025-1(96)-13

59. **Шевченко О. Т.** Психологія кризових станів: навч. посібник. Київ: Здоров'я, 2005. 120 с

60. **Шелюг О. А.** Багатовимірність феномену посттравматичного росту: біологічний, психологічний та соціокультурний складники особистісних трансформацій. *Психологія і особистість*. 2014. – № 1 (5). – С. 112–129.

61. **Штепа О.** Опитувальник психологічної ресурсності особистості: результати розробки й апробації авторської методики. Проблеми сучасної психології. Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Кам'янець-Подільський, 2018. Вип. 39. С. 380 – 399. https://doi.org/10.32626/2227-6246.2018-39.380-399.

62. **Anderson, A. P., et al.** (2017). Virtual reality relaxation reduces cortisol. Psychoneuroendocrinology, 78, 123–130.

63. **Arnsten, A. F. T.** (2009). Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 410–422.

64. **ARQ International.** (2024). *Ukraine: Mental health and psychosocial support desk review* [Report]. ARQ National Psychotrauma Centre.

65. **Assonov, D.** (2021). Two-step resilience-oriented intervention for veterans with traumatic brain injury: A pilot randomized controlled trial. *Clinical Neuropsychiatry, 18*, 247–259. https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20210503

66. **Bandura A. Self-efficacy:** The exercise of control. New York: W.H. Freeman, 1997. 604 p.

67. **Bartone, P., & Bowles, S.** (2020). Hardiness predicts post-traumatic growth and well-being in severely wounded servicemen and their spouses. *Military Medicine*. https://doi.org/10.1093/milmed/usaa250

68. **Beardslee, W. R., Lester, P., Klosinski, L., Saltzman, W., Woodward, K., Nash, W. P., Mogil, C., & Burchard, J.** (2011). Family-centered preventive intervention for military families: Impacts on parental deployment, family, and child adjustment. *Prevention Science, 12*(4), 344–356.

69. **Boss, P.** (1999). Ambiguous loss: Learning to live with unresolved grief. Harvard University Press.

70. **Boss, P.** (2016). The context and process of theory development: The story of ambiguous loss. Journal of Family Theory & Review, 8(3), 269–286.

71. **Britt, T., Adler, A., & Fynes, J.** (2021). Perceived resilience and social connection as predictors of adjustment following occupational adversity. *Journal of Occupational Health Psychology, 26*(4), 339–349. https://doi.org/10.1037/ocp0000286

72. **Canning, L., Davis, J., Prindle, J., Castro, C., Pedersen, E., Saba, S., Bravo, A., Fitzke, R., Mills, A., & Livingston, W.** (2024). Military sexual trauma, childhood trauma, and combat trauma: Associations with longitudinal posttraumatic growth among U.S. veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. https://doi.org/10.1037/tra0001810

73. **Chaban, O., Sak, L., Oliinyk, A., Burdeinyi, A., & Odintsov, A.** (2024). Virtual reality exposure therapy protocol for post-traumatic stress disorder treatment in military veterans: Cross-cultural adaptation of virtual exposure therapy in Ukraine. *Mental Health: Global Challenges, 7*(1), 45–56.

74. **Chudakova V. P.** Integrative toolkit for the implementation of the «technology for the formation of psychological competence of individual competitiveness in the context of innovative activity» using diagnostic, correctional, digital, STEM methods, SPSS programs and artificial intelligence // Moderní aspekty vědy: XLIX. // Díl mezinárodní kolektivní monografie / Mezinárodní Ekonomický Institut s.r.o.. Česká republika: Mezinárodní Ekonomický Institut s.r.o., 2024. str. 611. Str. 377-389. DOI: https://doi.org/10.52058/49-2024

75. **Colder Carras, M., Bergendahl, M., & Labrique, A.** (2021). Community case study: Stack Up's Overwatch Program, an online suicide prevention and peer support program for video gamers. *Frontiers in Psychology, 12*, 575224. https://doi.org/10. 3389/fpsyg.2021.575224

76. **Colder Carras, M., Kalbarczyk, A., Wells, K., Banks, J., Kowert, R., Gillespie, C., & Latkin, C.** (2018). Connection, meaning, and distraction: A qualitative study of video game play and mental health recovery in veterans treated for mental and/or behavioral health problems. *Social Science & Medicine, 216*, 124–132. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.08.044

77. **Collie Kate, Backos Amy, Malchiodi Cathy, Spiegel David.** (2006). Art Therapy for Combat-Related PTSD: Recommendations for Research and Practice. Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association. No 23(4). Pp. 157–164.

78. **Collins, T., Tan, H., & Matarese, M.** (2024). Hidden challenges experienced by families with military affiliation. *Families in Society, 105*(2), 151–163.

79. **Dekel, R., & Goldblatt, H.** (2008). Is there intergenerational transmission of trauma? American Journal of Orthopsychiatry, 78(3), 281–289.

80. **Dekel, R., & Monson, C. M.** (2010). Military-related post-traumatic stress disorder and family relations: Current knowledge and future directions. *Aggression and Violent Behavior, 15*(4), 303–309.

81. **Dindo, L., Johnson, A., Lang, B., et al.** (2020). Development and evaluation of a 1-day Acceptance and Commitment Therapy workshop for veterans with comorbid chronic pain, TBI, and psychological distress: Outcomes from a pilot study. *Contemporary Clinical Trials*, 105954. https://doi.org/10.1016/j.cct.2020.105954

82. **Distor, J., & Jacob, A.** (2023). Minitmithing Kapayapaan: An interpretative phenomenological analysis of posttraumatic growth among military personnel who fought in the Marawi siege. *Social Sciences Development Review*. DOI: 10.70922/ 0kbw7r17

83. **Doody, C., Egan, J., Bogue, J., & Sarma, K.** (2021). Military personnels' experience of deployment: An exploration of psychological trauma, protective influences, and resilience. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 13*(4), 457–466.

84. **Dyball, D., Taylor-Beirne, S., Greenberg, N., Stevelink, S., & Fear, N.** (2022). Post-traumatic growth among UK military personnel deployed to Iraq or Afghanistan: Data from phase 3 of a military cohort study. *BJPsych Open, 8*(6), e214. https://doi. org/10.1192/bjo.2022.570

85. **Effectiveness of immersive VR therapy** in reducing stress-associated symptoms in Ukraine. (2025). *European Journal of Psychotraumatology*, 16(1), Article 2488097. https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2488097

86. **Features of psychosocial functioning of combatants** and their wives from different classes marital relationship satisfaction. Psychiatry, Neurology and Medical Psychology. 2018. No. 10. URL: https://doi.org/10.26565/2312-5675-2018-10-12

87. **Franco, Z., Ruffalo, L., Curry, B., et al.** (2024). Impact of veteran-led peer mentorship on posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*. https://doi.org/ 10.1002/jts.23038

88. **Galovski, T., & Lyons, J. A.** (2004). Psychological sequelae of combat violence: A review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions. *Aggression and Violent Behavior, 9*(5), 477–501.

89. **Grant, S., Spears, A., & Pedersen, E. R.** (2018). Video games as a potential modality for behavioral health services for young adult veterans: Exploratory analysis. *JMIR Serious Games, 6*(3), e15. https://doi.org/10.2196/games.9931

90. **Greenberg, J., Tsai, J., Southwick, S., & Pietrzak, R.** (2021). Can military trauma promote psychological growth in combat veterans? Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Journal of Affective Disorders, 282*, 732–739. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.077

91. **Gross, J. J.** (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. Psychological Inquiry, 26. (1), P. 1-26.

92. **Grover, L., Williamson, C., Burdett, H., Palmer, L., & Fear, N.** (2024). Level of perceived social support, and associated factors, in combat-exposed (ex-) military personnel: A systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 59*, 2119–2143. https://doi.org/10.1007/s00127-024-02685-3

93. **Hashemi, M., & Mahmoudzadeh, M.** (2025). The lived experiences of childhood trauma in war: Has post-traumatic growth occurred? *European Journal of Psychotraumatology, 16*. https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2468605

94. **Horowitz M., Wilner N., Alvarez W.** Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. Psychosomatic Medicine. 1979 May;41(3):209-18. doi: 10.1097/00006842-197905000-00004

95. **Hunter, E. J.** (1988). Long-term effects of parental wartime captivity on children. Journal of Contemporary Psychotherapy, 18(3), 191–199.

96. **Jacobson, I., Adler, A., Roenfeldt, K., Porter, B., LeardMann, C., Rull, R., & Hoge, C.** (2021). Combat experience, new-onset mental health conditions, and posttraumatic growth in U.S. service members. *Psychiatry, 84*, 276–290. https://doi.org/ 10.1080/00332747.2021.1929770

97. **John T. Cacioppo, Louis G. Tassinary, Gary G. Berntson.** Handbook of psychophysiology. Publisher: Cambridge University Press, 2017. 715 p.

98. **Jones, C., Migliorini, L., Benishek, C., Glueckauf, R., Taylor, H., & Frueh, B. C.** (2022). Technology acceptance and usability of a virtual reality intervention for military members and veterans with posttraumatic stress disorder: Mixed methods study. *JMIR Formative Research, 6*(4), e33681. https://doi.org/10.2196/33681

99. **Kabat-Zinn, J.** (1990). Full catastrophe living. Delta.

100. **Kang, H., Fischer, I., Dickinson, S., Na, P., Tsai, J., Tedeschi, R., & Pietrzak, R.** (2023). Posttraumatic growth in U.S. military veterans: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Psychiatric Quarterly*. https://doi.org/10. 1007/s11126-023-10061-8

101. **Kim, R., Choi, H., & Kim, M.** (2024). Exploring traumatic experiences and posttraumatic growth among Korean veterans: A photovoice study. *Journal of Korean Academy of Nursing, 54*(4), 519–533. https://doi.org/10.4040/jkan.24049

102. **Kokun O., Pischko I., Lozinska N.** (2022). Examination of military personnel's changed psychological states during long-term deployment in a war zone. Anales de Psicología, 38(1), 191–200.

103. **Kondratyuk, V., & Puchalska-Wasyl, M.** (2020). Posttraumatic growth, resiliency, and basic hope in soldiers fighting in Eastern Ukraine. *Roczniki Psychologiczne, 22*, 213–231. https://doi.org/10.18290/rpsych.2019.22.3-2

104. **Kozhyna, H., Steblyuk, V., Zelenska, K., & Pronoza-Steblyuk, K.** (2021). Algorithm of medical and psychological support for servicewomen, ATO/JFO female veterans. *[Journal title unspecified]*, 29–31. https://doi.org/10.36927/2079-0325-v29-is1-2021-5

105. **Kramer, E.** (1971). Art as Therapy with Children. New York: Schocken Books. Inc, 234 p.

106. **Kübler-Ross, E.** (1969). On death and dying. Macmillan.

107. **Labrador F. J.** Skinner and the rise of behavior modification and behavior therapy. The Spanish Journal of Psychology. 2004. Vol. 7, no. 2. P. 178–187. URL: https://doi.org/10.1017/s1138741600004881

108. **Lahutina, T., Weinreich, H., van Geloven, N., Vinkers, C., & Riese, H.** (2024). A digital self-help tool to promote mental wellbeing for Ukrainians affected by war: A single-arm proof-of-concept trial. *Neuroscience Applied*, 3(1), 100225.

109. **LaRocca, M., & Avery, T.** (2020). Combat experiences link with posttraumatic growth among veterans across conflicts: The influence of PTSD and depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*. https://doi.org/10.1097/NMD.000000000000 1147

110. **Lee, H., Aldwin, C. M., & Kang, S.** (2020). Do different types of war stressors have independent relations with mental health? Findings from the Korean Vietnam Veterans Study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 12*(8), 861-869.

111. **Lee, M., Turgoose, D., & Murphy, D.** (2025). Non-pharmacological interventions for mental health among family members of military veterans: A systematic review. *Journal of Military, Veteran and Family Health, 11*(1), 23–38.

112. **Lester, P., Liang, L., Milburn, N., Mogil, C., Woodward, K., Nash, W., Aralis, H., Sinclair, M., & Beardslee, W.** (2016). Evaluation of a family-centered preventive intervention for military families: Parent and child longitudinal outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 55*(1), 14–24.

113. **Liston, C., et al.** (2009). Psychosocial stress reversibly disrupts prefrontal processing. Proceedings of the National Academy of Sciences, 106(3), 912–917.

114. **Lokyan, A., Baghdasaryan, S., & Hovhannisyan, H.** (2025). Enhancing psychological training in military personnel: Modern approaches, systemic assessments and hands-on recommendations. *Asian Journal of Psychiatry, 106*, 104442. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2025.104442

115. **Macdonald, A., Monson, C. M., Doron-Lamarca, S., Resick, P. A., & Schnurr, P. P.** (2016). Cognitive-behavioral conjoint therapy for PTSD improves all PTSD symptom clusters and trauma-related cognitions: Results from a randomized controlled trial. *Journal of Traumatic Stress, 29*(4), 370–378.

116. **Malchiodi, C. A.** (2012). Handbook of Art Therapy (2nd ed.). New York: The Guilford Press. 496 p.

117. **McEwen, B. S.** (2017). Neurobiological and systemic effects of chronic stress. Chronic Stress, 1.

118. **Mckenzie, V., Anderson, E., Maydon, A., & Shivakumar, G.** (2021). Resiliency and posttraumatic growth following sexual trauma in women veterans of Iraq and Afghan wars. *Journal of Veterans Studies, 7*(2). https://doi.org/10.21061/jvs. v7i2.269

119. **Menzul, E., Ryazantseva, N., & Karaseva, L.** (2020). Experimental study of post-traumatic stress disorder in military personnel participating in combat operations (research results). *Medical Alphabet, 5*(35), 57–61 DOI: 10.33920/med-05-2003-10

120. **Monson, C. M., & Fredman, S. J.** (2012). *Cognitive-behavioral conjoint therapy for PTSD: Harnessing the healing power of relationships*. Guilford Press.

121. **Monson, C. M., Fredman, S. J., Macdonald, A., Pukay-Martin, N. D., Resick, P. A., & Schnurr, P. P.** (2012). Effect of cognitive-behavioral couple therapy for PT SD: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(5), 1–12.

122. **Naumburg, M.** (1950). Dynamically Oriented Art Therapy. New York: Grune & Stratton. 168 p.

123. **Osodlo, V., & Zubovskyi, D.** (2020). The hierarchy of professional well-being factors in different professional groups. *Ukrainian Psychological Journal, 1*(13), 161–176. https://doi.org/10.17721/upj.2020.1(13).10

124. **Park, B. J., et al.** (2010). The physiological effects of Shinrin-yoku. Environmental Health and Preventive Medicine, 15(1), 18–26.

125. **Park, J., Lee, J., Kim, D., & Kim, J.** (2021). Posttraumatic growth and psychosocial gains from adversities of Korean special forces: A consensual qualitative research. *Current Psychology, 42*, 10186–10199. DOI: 10.1007/ s12144-021-02308-z

126. **Pinchuk, I., Feldman, I., Seleznova, V., & Virchenko, V.** (2025). Braving the dark: Mental health challenges and academic performance of Ukrainian university students during the war. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. https://doi.org/ 10.1007/s00127-025-02867-7

127. **Pinchuk, I., Yachnik, Y., Goto, R., & Skokauskas, N.** (2025). Mental health services during the war in Ukraine: 2-years follow up study. *International Journal of Mental Health Systems*, 19, 1–13. https://doi.org/10.1186/s13033-025-00 667-9

128. **Post-traumatic growth among UK military personnel deployed to Iraq** or Afghanistan: Data from phase 3 of a military cohort study. *BJPsych Open, 8*, e570. https://doi. org/10.1192/bjo.2022.570

129. **Prykhodko I., Matsehora Y. et al.** The risk of developing alcohol addiction – what coping strategies do Ukrainian military personnel use after participating in intense hostilities? European Journal of Clinical and Experimental Medicine 2024; 22 (3): 482–490.

130. **Redlener, I., Dudashvili, K., Viontsek, O., Grant, R., & Roca, E.** (2025). Intervention for psychological trauma in children impacted by war in Ukraine.*JAMA Network Open*, 8(1), e203057.

131. **Renshaw, K. D., Rodebaugh, T. L., Rodrigues, C. S., & Jurich, J.** (2011). Distress in spouses of service members with symptoms of combat-related PTSD: Secondary traumatic stress or general psychological distress? *Journal of Family Psychology, 25*(4), 461–469.

132. **Rhodes, J. E., Tedeschi, R. G., Moore, B. A., Alldredge, C. T., & Elkins, G. R.** (2024). Posttraumatic growth-oriented peer-based training among U.S. veterans: Evaluation of post-intervention and long-term follow-up outcomes. *Frontiers in Psychology, 14*, 1322837. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1322837

133. **Rizzo, A. "Skip", Giosan, C., Deac, G., Zaporozhets, O., Syvak, O., Dragayeva, S., Bodner, E., Mann, S., & Stone, J.** (2024). The Virtual Ukraine Project: Trauma therapy in warzones with virtual reality. In J. Stone (Ed.), *Mental health virtual reality* (pp. 159–178). Wiley.

134. **Romanchuk, S., Kuznetsov, M., Petruk, A., & Didenko, O.** (2021). Technology of formation of moral and psychological qualities of military servants by means of physical training. *Ukraïns'kij zhurnal medycyny, biolohii ta sportu*. https://doi.org/10.26693/jmbs06. 02.284

135. **Romaniuk, M., Saunders-Dow, E., Brown, K., & Batterham, P.** (2024). Feasibility, acceptability, and initial outcomes of a psychological adjustment and reintegration program for transitioned military veterans. *BMC Psychology, 12*. https://doi.org/10.1186/s40359-024-02097-7

136. **Rubin, J. A.** (2005). Child Art Therapy. Hoboken: John Wiley & Sons.

137. **Rybyk L.** The psychological help during experiencing of loss - can we help people to experience their grief? Psychological journal. 2018. Vol. 20, no. 10. P. 61–77. URL: https://doi.org/10.31108/1.2018.10.20.4

138. **Seol, J., Park, Y., Choi, J., & Sohn, Y.** (2021). The mediating role of meaning in life in the effects of calling on posttraumatic stress symptoms and growth: A longitudinal study of Navy soldiers deployed to the Gulf of Aden. *Frontiers in Psychology, 11*, 599109. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.599109

139. **Shelef, L., Spira, N., Bechor, U., Rotschield, J., & Shadach, E.** (2025). The roles of dissociation and depression in PTSD among soldiers exposed to combat.*International Journal of Environmental Research and Public Health, 22*. https://doi.org/10.3390/ ijerph 22060814

140. **Solomon, Z.** (2004). The impact of posttraumatic stress disorder in military situations. Journal of Clinical Psychiatry, 65(Suppl 1), 11–16.

141. **Southwick, S. M., et al.** (2014). Resilience definitions, theory, and challenges. European Journal of Psychotraumatology, 5(1).

142. **Stroebe, M., & Schut, H.** (1999). The dual process model of coping with bereavement. Death Studies, 23(3), 197–224.

143. **Tappenden, P., Shiner, R., & Mo, F.** (2021). Narrating life in the military: Links between veterans' narrative processing of service experiences and their posttraumatic stress symptoms and well-being. *Journal of Traumatic Stress, 34*(5), 908–918. https://doi.org/10. 1002/jts.22738

144. **Tedeschi R., Cann A., Taku K., Senol-Durak E., et. al.** The Posttraumatic Growth Inventory: A revision integrating existential and spiritual change. Journal of Traumatic Stress. 2017. Vol. 30, No 1. P. 11–18. URL: https://doi.org/10.1002/jts. 22155

145. **Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G.** (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*(1), 1–18.

146. **Tedeshi, R.G., & Calhoun, L.G.** The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma. Journal of Traumatic Stress. 1996. Vol. 9. №3. 455-471. URL: https://sites.charlotte.edu/ptgi/wp-content/uploads/sites/9/2015/01/The-Posttraumatic-Growth-Inventory-Measuring-the-positive-legacy-of-trauma.pdf

147. **Tsybuliak, N., Popova, A., Lopatina, H., & Suchikova, Y.** (2025). Mental health of Ukrainian researchers during wartime. *Global Public Health, 20*(1), 2495328. https://doi.org/ 10.1080/17441692.2025.2495328

148. **Turgoose, D., & Murphy, D.** (2019). A systematic review of interventions for supporting partners of military veterans with PTSD. *Journal of Military, Veteran and Family Health, 5*(2), 196–208.

149. **UNICEF.** (2025). Mental health and psychosocial support for children and families affected by the war in Ukraine: Situation update and programmatic approaches [Brief]. United Nations Children's Fund.

150. **Vus, V., & Esterlis, I.** (2022). Support of the population within the Russian-Ukrainian war: Insider's perspective. *Chronic Stress*, 6, 1–8. https://doi.org/10.1177/24705470221101884

151. **Weber, M., Hanson, S., Hampton, B., Ray, T., Kitchens, R., Griffin, B., Tobey-Moore, L., Tong, L., Fischer, E., Hamby, S., Cucciare, M., Hundt, N., & Pyne, J.** (2025). A scoping review of protective factors that contribute to posttraumatic wellbeing for trauma-exposed military service members and veterans. *Trauma, Violence, & Abuse, 26*, 235–250. https://doi.org/10.1177/15248380241309385

152. **Weinreich, H., Lahutina, T., van Geloven, N., Vinkers, C., & Riese, H.** (2025). Digital mental health support during war: User engagement and preliminary outcomes of a self-help tool for Ukrainians. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1456789.

153. **Whitworth, J. W., & Ciccolo, J. T.** (2016). Exercise and post-traumatic stress disorder in military veterans: A systematic review. *Military Medicine, 181*(9), 953–960. https://doi.org/10.7205/MILMED-D-15-00488

154. **Wood, M., Walker, T., Adler, A., & Crouch, C.** (2020). Post-traumatic growth leadership: Mitigating stress in a high-risk occupation. *Occupational Health Science, 4*, 103–122. https://doi.org/10.1007/s41542-019-00052-2

155. **World Health Organization.** (2022). *Special initiative for mental health: Ukraine–Country report 2022*. WHO.

156. **World Health Organization.** (2024). *Scaling up community-based mental health services in Ukraine during wartime* [Policy brief]. WHO Regional Office for Europe.

157. **Yuan, Z., Peng, C., Yang, L., & Chen, H.** (2025). Effects of physical activity on patients with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine, 104*(3), e41139. https://doi.org/10.1097/MD.00000000000 41139

158. **Zaki, J.** (2020). Catastrophic empathy: The emotional cost of caring too much. Psychological Science, 31(9), 1037–1046.

159. **Zerach, G.** (2024). Posttraumatic growth among Israeli female combat veterans: The mediating roles of posttraumatic stress symptoms and self-efficacy. *Stress and Health*. https://doi.org/10.1002/smi.3486

Д О Д А Т К И

Додаток А

ПСИХОКОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА ПОДОЛАННЯ НЕГАТИВНИХ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ

Мета програми полягає у:

а) Зниженні рівня емоційного напруження, тривожності та агресії;

б) Формуванні навичок емоційної саморегуляції та конструктивного вираження емоцій;

в) Підвищенні психологічної стійкості та адаптивності.

Заняття 1. Вступне. Знайомство та діагностика емоційного стану.

Мета: створення безпечного психологічного простору, мотивація до участі у програмі.

Завдання:

- ознайомлення з програмою та правилами групи;
- первинна діагностика емоційного стану;
- формування довіри та мотивації.

Вправи:

1. «Знайомство через емоції» (вербально/через малюнок: «Ім’я та емоція», «Мій сьогоднішній колір»).
2. Діагностика: шкала тривожності, «Щоденник емоцій».
3. Релаксація «Дихання хвилями».
4. Рефлексія: обговорення стану та очікувань (Що сьогодні було складним, важливим і значущим?).

Домашнє завдання: ведення щоденника емоцій, дихальна вправа.

Заняття 2. Усвідомлення власних емоцій.

Мета: навчити усвідомлювати емоції та відрізняти їх один від одного.

Завдання:

- розпізнавання позитивних і негативних емоцій;
- формування здатності виражати емоції без шкоди собі та іншим.

Вправи:

1. «Емоційний словник» – називання та короткий опис емоцій.
2. Арт-терапія «Малюнок мого настрою».
3. Групове обговорення: як учасники зазвичай справляються з емоціями.

Очікуваний ефект: усвідомлення власного емоційного стану, зниження тривожності.

Заняття 3. Робота з тривожністю.

Мета: навчити учасників контролювати тривожні стани.

Вправи:

1. «Сходи спокою» – покрокова техніка зниження напруження.

2. Малювання образу тривоги та трансформація його у «захисний символ».

3. Релаксація за методом прогресивного м'язового розслаблення.

Очікуваний ефект: зменшення тривожності, формування базових навичок релаксації.

Заняття 4. Подолання агресії та емоційного напруження.

Мета: забезпечити безпечний вихід агресивних емоцій.

Вправи:

1. «Безпечний вихід гніву» – робота з глиною, папером або пластичними матеріалами.

2. Групова дискусія «Що стоїть за моєю агресією?» (Що мене найчастіше дратує? Коли я злий, я зазвичай… (опиши, що ти робиш). Чи корисна ця реакція для мене? Чому так чи чому ні? Як гнів виражається в моїй родині? Як ми можемо по-іншому реагувати на щось, що викликає у нас злість і роздратування?).

3. Техніка «Стоп! – Подих – Дія» як метод самоконтролю.

Очікуваний ефект: зниження внутрішнього напруження формування контролю над агресією.

Заняття 5. Розвиток позитивного мислення.

Мета: формування оптимістичного сприйняття та внутрішніх ресурсів.

Вправи:

1. «Склянка наполовину повна» – переосмислення проблем, пошук ресурсів у складних ситуаціях.

2. Арт-терапія «Дерево моїх ресурсів».

3. Практика вдячності («3 хороші події дня»).

Очікуваний ефект: підвищення психологічного тонусу, розвиток адаптивного мислення.

Заняття 6. Робота з почуттям провини та безпорадності

Мета: навчитися конструктивно опрацьовувати негативні емоції, пов'язані з минулим досвідом.

Вправи:

1. «Лист самому собі» (пробачення та підтримка).

2. Техніка «Діалог із внутрішнім критиком».

3. Вправа «Міст у майбутнє» – візуалізація позитивного розвитку подій (н-д, уявлення себе через п'ять років у кращому стані).

Очікуваний ефект: зниження рівня провини, формування самопідтримки.

Заняття 7. Розвиток навичок саморегуляції.

Мета: закріплення навичок контролю емоційних станів.

Вправи:

1. Тренування технік дихання та візуалізації.

2. Вправа «Моє місце сили» (створення уявного ресурсу).

3. Робота з тілом: тілесно-орієнтовані вправи для зниження м'язового та емоційного напруження.

Очікуваний ефект: стабілізація емоційного стану, контроль над реакціями.

Заняття 8. Підсумкова зустріч. Інтеграція досвіду.

Мета: закріплення результатів та планування подальшої самостійної роботи.

Вправи:

1. Арт-терапевтична вправа «Мій шлях» – колаж або малюнок змін, які відбулися.
2. Групове обговорення: аналіз досягнень і труднощів.
3. Планування подальшої самостійної роботи.
4. Завершальний ритуал групи (позитивна рефлексія, побажання).

Очікуваний ефект: інтеграція навичок, усвідомлення власних ресурсів, підвищення мотивації до саморозвитку.

Додаток Б

РОБОЧИЙ ЛИСТ ТРЕНЕРА

Оцінка готовності учасника до участі в тренінгу ПТЗ

Дата скринінгу: _____

Прізвище, ім'я: _____
Вік:_____ років_____

1. Емоційний стан

Критерій	Так	Ні
Учасник не демонструє гострих стресових реакцій (паніка, дезорганізація, неконтрольована поведінка).	□	□
Утримує увагу, відповідає на запитання.	□	□

2. Саморегуляція та орієнтація

Критерій	Так	Ні
Орієнтований у місці, часі та ситуації.	□	□
Може повідомити про свій стан («мені важко», «потрібна пауза»).	□	□
Виконує короткі інструкції тренера.	□	□

3. Рівень виснаження

Критерій	Так	Ні
Немає ознак крайнього фізичного чи психічного виснаження.	□	□
Не переживає гострої кризи, яка потребує індивідуальної допомоги.	□	□

4. Готовність до групової роботи

Критерій	Так	Ні
Сприймає груповий формат, погоджується з правилами безпеки.	□	□
Немає агресивної або деструктивної поведінки.	□	□
Може взаємодіяти з іншими без ризику для групи.	□	□

5. Психічний стан

Критерій	Так	Ні
Відсутні психотичні симптоми або стани дезорганізації.	□	□
Немає загострення ПТСР чи важких розладів, що вимагають індивідуальної терапії.	□	□

Висновок тренера:

Участь можлива:

□ Так – учасник може працювати у групі без додаткових обмежень.

□ Так, умовно – можливі адаптації (часті паузи, менше навантаження, індивідуальна підтримка).

Участь неможлива:

□ Ні – рекомендовано індивідуальну консультацію / стабілізаційні зустрічі.

Коментар тренера (за потреби):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Додаток В-1

МЕТОДИКА КОМПЛЕКСНОЇ ОЦІНКИ РІВНЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТІЙКОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ (О. Кокун, І. Пішко, Н. Лозінська)

Комплексність методики забезпечується оцінкою рівня психологічної стійкості військовослужбовців двома взаємодоповнюючими діагностичними інструментами:

1. «Опитувальний лист з оцінювання морально-психологічного стану особового складу підрозділу» – дозволяє надати характеристику морально-психологічного стану (МПС)особового складу підрозділів.

Оцінювання здійснюється за 12 критеріями морально-психологічного стану особового складу експертами (командирами підрозділів, заступниками командирів з психологічної підтримки персоналу, головними сержантами).

2. «Опитувальник психологічної стійкості військовослужбовців Збройних Сил України в умовах бойових дій» – надає можливість визначити актуальний рівень психологічної стійкості окремих військовослужбовців та підрозділу в цілому.

Опитувальник може застосовуватися в підрозділах, які беруть участь у бойових діях, або безпосередньо перед відправкою підрозділів в район ведення бойових дій.

Оцінювання здійснюється за 24 показниками психологічної стійкості військовослужбовців Збройних Сил України в умовах бойових дій, що відповідають 6 компонентам психологічної стійкості (морально-психологічний, мотиваційний, когнітивнооцінний, емоційний, вольовий та індивідуально-особистісний).

Результати даного індивідуального опитувальника надають можливість їх зіставлення з результатами першого опитувальника (опитувального листа для командирів), оскільки 24 показники самооцінки психологічної стійкості військовослужбовців кореспондують з 12 критеріями оцінки МПС особового складу.

Умовна відповідність шести компонентів психологічної стійкості дванадцятьом критеріям МПС:

№ з/п	Компонент	№№ критеріїв
1	Морально-психологічний	3, 10
2	Мотиваційний	1, 8
3	Когнітивно-оцінний	4, 11
4	Емоційний	9, 12
5	Вольовий	2, 5
6	Індивідуально-особистісний	6, 7

ОПИТУВАЛЬНИЙ ЛИСТ З ОЦІНЮВАННЯ МОРАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ОСОБОВОГО СКЛАДУ ПІДРОЗДІЛУ

Реєстраційний бланк

П.І.Б. _____ _____Дата_____

найменування військового підрозділу/частини

Просимо Вас оцінити рівень морально-психологічного стану особового складу_

Оцінювання здійснюється за 12 критеріями за п'ятибальною шкалою:

0 – високий рівень;
1 – рівень вищий за задовільний;
2 – задовільний рівень;
3 – рівень нижчий за задовільний;
4 – незадовільний рівень.

№	Критерії морально-психологічного стану	Бали
1	Мотивації особового складу до виконання завдань за призначенням	
2	Впевненості особового складу в можливості успішного виконання завдань за призначенням	
3	Впевненості військовослужбовців у своїх командирах та товаришах по службі	
4	Активізації в особового складу швидкості мислення, винахідливості, ініціативності, уваги, пам'яті тощо	
5	Самовладання та витримки особового складу	
6	Бойового збудження та активності	
7	Стійкості особового складу до впливу стрес-факторів бойової обстановки та готовність до задіяння резервних можливостей психіки	
8	Переконаності особового складу в перемозі та готовності до самопожертви заради її досягнення	
9	Зненависті особового складу до ворога	
10	Впевненості особового складу в моральній та військово- професійній перевазі над ворогом	
11	Усвідомлення особовим складом високої значимості місії підрозділу у справі захисту України	
12	Наявності в підрозділі атмосфери братерства / сестринства, взаємовиручки та взаємодопомоги	

Наявний в підрозділі ***МПС класифікується***, згідно до вищенаведених 12 критеріїв, за ***чотирма рівнями*:**

Високий рівень МПС – наявність високого та вищого за задовільний рівень щонайменше 8-ми з 12-ти критеріїв МПС (інші знаходяться не менш, ніж на задовільному рівні; при цьому, за першими трьома індикаторами з переліку наявність високого чи вищого за задовільний рівень є обов'язковою). Характеризує *повну* морально-психологічну готовність особового складу до виконання завдань за призначенням в умовах бойових дій. Підрозділ придатний до виконання найбільш відповідальних та складних завдань.

Задовільний рівень МПС – наявність не менше, ніж задовільного рівня за всіма 12 критеріями МПС. Характеризує *задовільну* морально-психологічну готовність особового складу до виконання завдань за призначенням в умовах бойових дій. Підрозділ придатний до виконання переважної більшості бойових завдань (крім найбільш відповідальних та складних).

Низький рівень МПС – наявні від 1 до 4 показників незадовільного чи нижчого за задовільний рівень критеріїв МПС. Характеризує незадовільну морально-психологічну готовність особового складу до виконання багатьох завдань за призначенням в умовах бойових дій. Підрозділ здебільшого непридатний до виконання значного переліку бойових завдань. Може бути практично без обмежень залучений до виконання завдань за видами бойового забезпечення (тилового, технічного, охорони тощо). Потребує заходів щодо підвищення рівня МПС (в першу чергу, за критеріями з незадовільним рівнем).

Критичний рівень МПС – наявні 5 і більше показників незадовільного чи нижчого за задовільний рівень критеріїв МПС. Характеризує морально-психологічну неготовність особового складу до виконання завдань за призначенням в умовах бойових дій. Підрозділ здебільшого непридатний до виконання бойових завдань. Може бути лише обмежено залучений до виконання завдань за видами бойового забезпечення. Потребує системних заходів щодо підвищення рівня МПС.

Додаток В-2

ОПИТУВАЛЬНИК ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТІЙКОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ БРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ

Інструкція: «Будь ласка, ***оцініть себе*** за нижченаведеними 24 показниками на даний момент, окресливши відповідну цифру від 0 до 4:

0 – показник не виражений;

1 – показник виражений незначно;

2 – показник виражений на середньому рівні;

3 – показник виражений на рівні вищому за середній;

4 – показник виражений на високому рівні».

№	Показник	Варіанти оцінки				
1	Готовність до протистояння труднощам військової служби в умовах війни	0	1	2	3	4
2	Готовність захищати Україну від ворога	0	1	2	3	4
3	Впевненість у своїх силах при виконанні бойових завдань	0	1	2	3	4
4	Готовність проявити розумну сміливість при виконанні бойових завдань	0	1	2	3	4
5	Впевненість у своїх командирах	0	1	2	3	4
6	Впевненість у своїх товаришах по службі	0	1	2	3	4
7	Здатність до активізації в бойових умовах мислення, уваги, пам’яті	0	1	2	3	4
8	Здатність до підвищення в бойових умовах винахідливості та ініціативності	0	1	2	3	4
9	Здатність зберігати самовладання та контролювати страх у бойових умовах	0	1	2	3	4
10	Здатність переборювати стомлення та інші відчуття фізичного дискомфорту	0	1	2	3	4
11	Здатність долати фізичну втому та психічне виснаження	0	1	2	3	4
12	Здатність реагувати позитивним підвищенням емоційного збудження та виникненням азарту на виконання бойових завдань	0	1	2	3	4
13	Здатність зберігати самовладання під час вирішення бойових завдань	0	1	2	3	4
14	Готовність у бойових умовах задіяти свої резервні психічні можливості	0	1	2	3	4
15	Переконаність у неодмінності перемоги над ворогом	0	1	2	3	4
16	Готовність до самопожертви заради перемоги над ворогом	0	1	2	3	4

17	Зненависть до ворога	0	1	2	3	4
18	Готовність знищувати ворога	0	1	2	3	4
19	Переконаність у своїй моральній та духовній перевазі над ворогом	0	1	2	3	4
20	Переконаність у своїй військово-професійній перевазі над ворогом	0	1	2	3	4
21	Впевненість у високій значимості діяльності свого військового підрозділу у справі захисту України	0	1	2	3	4
22	Впевненість необхідності своєї діяльності, як одиниці свого військового підрозділу, у справі захисту України	0	1	2	3	4
23	Здатність надати необхідну психологічну підтримку іншим у бойових умовах	0	1	2	3	4
24	Здатність надихнути своїм прикладом інших	0	1	2	3	4

Обробка результатів:

Кількісні результати за кожним з *6 компонентів психологічної стійкості військовослужбовця* отримуються шляхом обрахування середнього арифметичного значення за відповідними їм 4 показниками, наведеними у таблиці:

№	Компонент	№№ показників
1	Морально-психологічний	5, 6, 19, 20
2	Мотиваційний	1, 2, 15, 16
3	Когнітивно-оцінний	7, 8, 21, 22
4	Емоційний	17, 18, 23, 24
5	Вольовий	3, 4, 9, 10
6	Індивідуально-особистісний	11, 12, 13, 14

Загальний рівень психологічної стійкості військовослужбовця отримується шляхом обрахування середнього арифметичного значення всіх 24 показників.

Інтерпретація результатів:

Отримані результати, як за кожним з 6 компонентів психологічної стійкості військовослужбовця, так і за її загальним рівнем можуть інтерпретуватися таким чином:

3,51–4,0 – високий рівень;

2,51–3,50 – рівень вищий за середній; 1,51–2,50 – середній рівень;

0,76–1,50 – рівень нижчий за середній; 0–0,75 – низький рівень.

Однак, наведені показники для кількісних меж оцінювання є базовими і можуть мати певні відмінності в залежності від специфіки та умов діяльності різних військових підрозділів (перебування на етапі підготовки до участі в бойових діях; безпосередня участь у бойових діях; після завершення участі в бойових діях та виведення на ротацію тощо).

Додаток Г

ОПИТУВАЛЬНИК «ПЕРЕЛІК СИМПТОМІВ ПТСР ЗА ШКАЛОЮ PCL-5»

Опитувальник містить 20 запитань, кожне з яких оцінюють від 0 до 4 балів, залежно від вираженості симптому. Його зазвичай використовують для скринінгу ПТСР. Питання за цією шкалою відображають відповідні кластери симптомів ПТСР згідно з класифікацією DSM-5.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. _____ _____Дата_____

Інструкція: «Нижче наведено перелік проблем, які іноді виникають у людей у відповідь на великий стрес. Будь-ласка, уважно прочитайте кожну проблему і потім окресліть одну з цифр праворуч, щоб вказати, наскільки названа проблема турбувала Вас протягом останнього місяця».

Запитання	Жодним чином	Трохи	Помірно	Досить сильно	Надзвичайно сильно
1. Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?	0	1	2	3	4
2. Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
3. Раптове відчуття або поведінка, ніби стресовий досвід знову повторюється?	0	1	2	3	4
4. Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
5. Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, пришвидшене серцебиття, утруднене дихання, спітніння)?	0	1	2	3	4
6. Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?	0	1	2	3	4
7. Уникання зовнішніх нагадувань про стресовий досвід (людей, предметів, місць…)?	0	1	2	3	4
8. Проблеми з пригадуванням важливих моментів стресового досвіду?	0	1	2	3	4
9. Сильні негативні переконання щодо себе, інших людей або про навколишній світ (наприклад, такі думки, як «я поганий» , «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?	0	1	2	3	4

10. Самозвинувачення або звинувачення інших у стресовому досвіді, або в тому, що сталося після нього?	0	1	2	3	4
11. Сильні негативні емоції, такі, як страх, жах, злість, почуття провини або сорому?	0	1	2	3	4
12. Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?	0	1	2	3	4
13. Відчуття віддаленості або відокремленості від інших людей?	0	1	2	3	4
14. Проблеми в переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога відчувати радість або відчувати любов до близької людини)?	0	1	2	3	4
15. Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка	0	1	2	3	4
16. Занадто ризиковано поводитеся або робите речі, які можуть Вам зашкодити?	0	1	2	3	4
17. «Надуважність», пильність, або настороженість?	0	1	2	3	4
18. Відчуття постійної напруги, знервованості, лякливості?	0	1	2	3	4
19. Труднощі із зосередженістю?	0	1	2	3	4
20. Проблеми із засинанням або нічні прокидання?	0	1	2	3	4

Обробка та інтерпретація результатів:

Питання за цією шкалою відображають відповідні кластери симптомів ПТСР згідно з класифікацією DSM-5:

- Критерій А – опис травматичної події.
- Критерій В (симптоми інтрузії) – від 1-го до 5-го запитання.
- Критерій С (симптоми уникнення) – 6-те та 7-ме запитання.
- Критерій D (негативні думки та емоції) – від 8-го до 14-го запитання.
- Критерій Е (симптоми надмірної реактивності) – від 15-го до 20-го запитання.

Мінімально можливий бал – 0, *максимальний* – 80. Для діагнозу ПТСР обов'язковою є наявність експозиції до травматичної події.

Щоб інтерпретувати результати, маємо два підходи:

Підрахунок балів за кластерами симптомів. Досліджуваний відповідає на 2+ балів за одним запитанням із критеріїв В та С і на два – критеріїв D та Е.

Підрахунок загальної кількості балів. Загалом досліджуваний набирає 33 або більше балів.

Додаток Д

МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ ГРУП АДИКТИВНОГО РИЗИКУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ (В. Мороз)

Методика дозволяє проводити масові дослідження з метою визначення груп військовослужбовців, які мають підвищений ризик наявності нехімічних залежностей.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. _____ _____Дата_____

Інструкція: «Будь ласка, оцініть в балах від 0 до 4 те, наскільки точно 20 нижченаведених тверджень Вас характеризують, окресливши відповідну цифру:

0 – невірно;
1 – скоріш невірно;
2 – важко сказати;
3 – скоріш вірно;
4 – вірно».

Твердження	Невірно	Скоріш невірно	Важко сказати	Скоріш вірно	Вірно
1. Я витрачаю на роботу набагато більше часу, ніж на спілкування з друзями, хобі та відпочинок	0	1	2	3	4
2. Я сильно дратуюся, коли мене відволікають від термінової справи	0	1	2	3	4
3. Я часто перевіряю, що відбувається в моїх соціальних мережах	0	1	2	3	4
4. Я часто граю в комп'ютерні чи он-лайн ігри	0	1	2	3	4
5. Я часто роблю ставки в тоталізаторі на спортивні чи інші події	0	1	2	3	4
6. Я зовсім не вмію відпочивати і тому під час вихідних та у відпустці почуваюся гірше, ніж на роботі	0	1	2	3	4
7. Я постійно поспішаю, оскільки завжди відчуваю дефіцит часу	0	1	2	3	4
8. Коли починаю переглядати Інтернет-сайти чи відеоролики в YouTube, то мені важко зупинитися	0	1	2	3	4
9. Буває, що в он-лайн грі я «докупаю» додаткові можливості чи інструмент, щоб грати краще	0	1	2	3	4

10. Я вважаю, що цікаво грати в якусь гру лише на гроші	0	1	2	3	4
11. Про робочі справи я думаю майже весь час – і на роботі і поза нею	0	1	2	3	4
12. Я не можу уявити, що в мене може бути вільний час	0	1	2	3	4
13. Витрачаю на спілкування в соціальних мережах набагато більше часу, ніж на інші види спілкування (особисте, через телефон тощо)	0	1	2	3	4
14. Коли я починаю грати в комп'ютерну чи он- лайн гру, то мені важко зупинитися і я відкладаю інші справи	0	1	2	3	4
15. Мені подобається грати на гроші	0	1	2	3	4
16. Мої близькі часто скаржаться, що я постійно працюю	0	1	2	3	4
17. Я дратуюся, коли хтось чи щось мене затримує (черга, натовп, світлофор тощо)	0	1	2	3	4
18. Під час перебування в Інтернеті я часто забуваю зробити поточні справи	0	1	2	3	4
19. Я слідкую за оновленням та появою нових онлайн ігор	0	1	2	3	4
20. Гра на гроші дає мені найгостріші відчуття в житті	0	1	2	3	4

Обробка та інтерпретація результатів:

Кількісні результати опитувальника підраховуються згідно з ключем.

«Ключ»

№	Види нехімічних залежностей	Сума балів за запитаннями
1	Трудова залежність	1, 6, 11, 16 (від 0 до 16)
2	Ургентна залежність	2, 7, 12, 17 (від 0 до 16)
3	Залежність від соціальних мереж та інтернет-серфінгу	3, 8, 13, 18 (від 0 до 16)
4	Залежність від комп'ютерних / он-лайн ігор	4, 9, 14, 19 (від 0 до 16)
5	Залежність від ігри на гроші (гемблінг)	5, 10, 15, 20 (від 0 до 16)
6	Сумарний показник	∑ 1 – 20 (від 0 до 80)

Для кожного із 5 видів нехімічних залежностей: 0–3 бали – відсутність залежності,

4–7 балів – низька залежність, 8–12 балів – середня залежність, 13–16 балів – висока залежність

Додаток Е

КОРОТКА ШКАЛА ТРИВОГИ, ДЕПРЕСІЇ ТА ПТСР (Б. Харт)

Шкала призначена для первинного скринінгу перерахованих симптомів у осіб, які пережили будь-якого роду психічні травми.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. _____ _____Дата_____

Інструкція: «Шкала складається з 10 пунктів і передбачає відповіді «так» або «ні» на чітко сформульоване твердження: «З часу пережитого критичного інциденту (надзвичайної події) або психічної травми, Ви більшою мірою, ніж зазвичай, відчуваєте такі стани?». Поставте відмітку в бланку навпроти тієї відповіді, яка Вам підходить».

Відповіді	Так	Ні
Нездатність «розслабитися» (напруженість)		
Роздратування та поганий настрій		
Вторгнення у свідомість неприємних образів або спогадів про інцидент		
Неуважність, погане зосередження уваги		
Сильний смуток, печаль		
Сильна втома, нестача енергії		
Потрясіння або паніка		
Прагнення уникати всього, що нагадує про інцидент або травмуючу подію		
Труднощі із засинанням, погіршення сну		
Зниження інтересу до життя, до звичної діяльності, в тому числі – професійної		

Обробка та інтерпретація результатів:

Обробка результатів полягає в підрахунку кількості ствердних відповідей: чим більше відповідей «так» дає досліджуваний, тим більше виражені в нього негативні психологічні наслідки травматизації – такі, як тривога, депресія та найбільш специфічні прояви ПТСР.

Пороговим значенням для визначення наявності порушень психічного стану є більше 4-х відповідей «так».

Додаток Ж

ОПИТУВАЛЬНИК «ПСИХОЛОГІЧНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ – ПОСТТРАВМАТИЧНІ ЗМІНИ» (PWB-PTCQ)

Опитувальник «Психологічне благополуччя – посттравматичні зміни» (PWB-PTCQ) – це самозвітний метод оцінювання змін психологічного благополуччя, що сприймаються, після травматичних подій.

Опитувальник розроблено переважно для масштабних досліджень, моніторингу роботи з клієнтами, що дозволяє відстежувати позитивні зміни, які відбуваються з ними.

Опитувальник PWB-PTCQ містить 18 тверджень, що оцінюються за п'ятибальною шкалою й охоплюють шість сфер: самоприйняття, автономність, мету в житті, стосунки з оточуючими, почуття контролю, особистісне зростання.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. _____ _____Дата_____

Інструкція: «Замисліться над тим, як Ви себе сприймаєте нині. Прочитайте наведені нижче твердження та у відповідній клітинці реєстраційного бланку відзначте те, наскільки сильно Ви змінилися внаслідок травми:

5 – тепер набагато сильніше;

4 – тепер трохи сильніше;

3 – так само, як і раніше;

2 – тепер слабкіше;

1 – тепер набагато слабкіше».

№ з/п	Твердження	Тепер набагато слабкіше	Тепер слабкіше	Так само, як і раніше	Тепер трохи сильніше	Тепер набагато сильніше
		1	2	3	4	5
1	Я собі подобаюся					
2	Я впевнений(а) у власній правоті					
3	Я маю відчуття цілі в житті					
4	Я маю міцні та близькі взаємостосунки у своєму житті					
5	Я відчуваю, що контролюю своє життя					

6	Я відкритий(а) до нового досвіду, який кидає мені виклик					
7	Я приймаю себе таким (такою), яким(якою) я є, з моїми сильними та слабкими сторонами					
8	Мене не хвилює, що про мене думають інші люди					
9	Моє життя має сенс					
10	Я співчутлива та щедра людина					
11	Я добре справляюся зі своїми життєвими обов'язками					
12	Я завжди прагну пізнати себе					
13	Я поважаю себе					
14	Я знаю, що для мене важливо, і буду стояти на своєму, навіть якщо інші не згодні					
15	Я відчуваю, що моє життя має сенс і що я відіграю важливу роль у подіях					
16	Я вдячний(а) за те, що в моєму житті є люди, які піклуються про мене					
17	Я здатен(на) справлятися з усім, що життя мені підкидає					
18	Я сповнений(а) надії щодо свого майбутнього і з нетерпінням чекаю нових можливостей					

Обробка та інтерпретація результатів:

Відповіді підсумовуються для отримання загального можливого балу від 18 до 90.

Максимальний бал становить 90 – це означає, що досліджуваний вважає, що став значно краще сприймати себе, в нього зросла автономність і цілеспрямованість, він більше орієнтований на стосунки, має відчуття контролю та відкритий до нового досвіду й можливості зростати далі.

Показник понад 72 бали свідчить про високу вираженість зростання, позитивні зміни.

При *показнику від 54 до 72 балів* загалом можна говорити про наявність посттравматичного зростання, позитивних змін.

Щоб дізнатися, які зміни відбулися в різних складових психологічного благополуччя, необхідно подивитися на результати за кожною з шести груп:

Самоприйняття (твердження 1, 7 і 13).

Найбільший бал характеризує досліджуваного, як людину, яка позитивно ставиться до себе, знає та приймає різні свої сторони, включно з хорошими та поганими якостями, позитивно оцінює своє минуле.

Досліджуваний із найменшим балом – не задоволений собою, розчарований подіями свого минулого, відчуває занепокоєння з приводу деяких особистих якостей, бажає бути не тим, ким він або вона є.

Автономність (твердження 2, 8 і 14).

Високий бал за цією шкалою характеризує досліджуваного, як самостійного й незалежного, здатного протистояти спробам суспільства примусити думати й діяти певним чином; самостійно регулює власну поведінку; оцінює себе відповідно до особистих критеріїв.

Досліджуваний з найменшим балом – залежить від думки та оцінки оточуючих; в ухваленні важливих рішень покладається на думку інших; піддається намаганням суспільства змусити думати й діяти певним чином.

Мета в житті (твердження 3, 9 и 15).

Досліджуваний із високим балом за цією шкалою має мету в житті та почуття спрямованості; вважає, що минуле й теперішнє життя має сенс; дотримується переконань, які є джерелами мети в житті; має наміри та цілі на все життя.

Досліджуваний із низьким балом – позбавлений сенсу в житті; має мало цілей або намірів; в нього відсутнє почуття спрямованості, він не знаходить мети у своєму минулому житті; не має перспектив або переконань, що визначають сенс життя.

Стосунки з оточуючими (твердження 4, 10 і 16).

Досліджуваний, який набрав найменший бал, має лише обмежену кількість довірчих стосунків з оточуючими: йому складно бути відкритим, виявляти теплоту та піклуватися про інших; у міжособистісних взаємовідносинах, зазвичай, він ізольований і фрустрований; не бажає йти на компроміси задля підтримання важливих зав'язків з оточуючими.

Досліджуваний, який набрав найбільший бал, має задовільні, довірчі стосунки з оточуючими; дбає про благополуччя інших; здатний співпереживати, допускає прив'язаності та близькі стосунки; розуміє, що людські стосунки будуються на взаємних поступках.

Почуття контролю (твердження 5, 11 и 17).

Високий бал – досліджуваний має владу й компетенцію в управлінні оточенням, контролює всю зовнішню діяльність, ефективно використовує можливості, що надаються, здатний уловлювати або створювати умови й обставини, що сприяють задоволенню особистих потреб і досягненню цілей.

Низький бал характеризує досліджуваного, як людину, яка зазнає складнощів в організації повсякденної діяльності, почувається нездатною змінити або поліпшити обставини, що складаються, нерозважливо ставиться до наданих можливостей, позбавлена почуття контролю над тим, що відбувається навколо.

Особистісне зростання (твердження 6, 12 і 18).

Досліджуваний із найбільшим балом має відчуття безперервного розвитку, сприймає себе таким, що «зростає» та самореалізовується, відкритий до нового досвіду, має відчуття реалізації свого потенціалу, спостерігає поліпшення в собі та своїх діях із плином часу; змінюється відповідно до власних пізнань і досягнень.

Досліджуваний із найменшим балом – усвідомлює відсутність власного розвитку, не відчуває почуття покращення чи самореалізації, відчуває нудьгу та не має інтересу до життя, відчуває нездатність установлювати нові стосунки чи змінити свою поведінку.

Психологу, який працює з клієнтами, рекомендується пропонувати клієнтам заповнювати опитувальник кожні два тижні, паралельно зі стандартною процедурою оцінки посттравматичного стресу (моніторинг роботи з клієнтами).

Додаток К

ОПИТУВАЛЬНИК ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ – РОЗШИРЕНИЙ (PTGI-X; Р. Тедеші та інші)

Опитувальник складається з 25 тверджень щодо яких досліджуваним пропонується вказати, в якій мірі та чи інша зміна відбулася в їхньому житті після певної події (наприклад, внаслідок пережитої втрати, участі в бойових діях із захисту України тощо). Оцінювання здійснюється за шестибальною шкалою Лайкерта (від «я не відчув цієї зміни» = 0 до «я пережив цю зміну в дуже великому ступені» = 5). Ці 25 тверджень відповідають п'ятьом шкалам (по 5 на кожну): стосунки з оточуючими, нові можливості, особистісне зміцнення, духовні та екзистенційні зміни, поцінування життя. Сума балів за всіма твердженнями складає загальний показник зростання.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. _____ _____Дата_____

Інструкція: «Для кожного з нижченаведених тверджень вкажіть, окресливши відповідну цифру, в якій мірі та чи інша зміна відбулася у Вашому житті внаслідок пережитого досвіду (втрати рідних або майна, участі в бойових діях тощо):

0 = я не відчув(ла) цієї зміни;
1 = я відчув(ла) цю зміну в дуже незначній мірі;
2 = я відчув(ла) цю зміну незначною мірою;
3 = я відчув(ла) цю зміну в помірній мірі;
4 = я пережив(ла) цю зміну значною мірою;
5 = я пережив(ла) цю зміну в дуже великому ступені».

1. Я змінив свої пріоритети щодо того, що дійсно є важливим у житті	0	1	2	3	4	5
2. Я став більше цінувати цінність власного життя	0	1	2	3	4	5
3. У мене з'явилися нові інтереси	0	1	2	3	4	5
4. У мене зросло почуття впевненості в собі	0	1	2	3	4	5
5. Я став краще розуміти нематеріальний бік життя	0	1	2	3	4	5
6. У мене зросла впевненість у тому, що можу розраховувати на людей у скрутний час	0	1	2	3	4	5
7. Я намітив новий шлях для свого життя	0	1	2	3	4	5

8. У мене зросло відчуття близькості з іншими	0	1	2	3	4	5
9. Я охочіше став висловлювати свої емоції	0	1	2	3	4	5
10. У мене зросла впевненість у тому, що можу впоратися з труднощами	0	1	2	3	4	5
11. Я зрозумів, що можу зробити різні сторони свого життя кращими	0	1	2	3	4	5
12. Я став більш позитивно сприймати те, як усе складається в моєму житті	0	1	2	3	4	5
13. Я став краще цінувати кожен день свого життя	0	1	2	3	4	5
14. Для мене стали доступними нові можливості, яких раніше не було	0	1	2	3	4	5
15. У мене зросла здатність співчуття до інших	0	1	2	3	4	5
16. Я став вкладати більше зусиль в успішність своїх стосунків	0	1	2	3	4	5
17. У мене зросла рішучість змінити те, що потребує змін	0	1	2	3	4	5
18. У мене зміцнилися мої життєві переконання	0	1	2	3	4	5
19. Я з'ясував, що сильніший, ніж думав раніше	0	1	2	3	4	5
20. Я багато дізнався про те, які насправді люди можуть бути чудовими	0	1	2	3	4	5
21. Я став краще розуміти потреби інших	0	1	2	3	4	5
22. У мене зросло відчуття гармонії зі світом	0	1	2	3	4	5
23. У мене зросло відчуття взаємопоєднання з усім існуючим у світі	0	1	2	3	4	5
24. Для мене стали зрозумілішими питання про життя і смерть	0	1	2	3	4	5
25. Я став краще розуміти сенс життя	0	1	2	3	4	5

Обробка та інтерпретація результатів:

Кількісні результати опитувальника підраховуються згідно з «ключем» (сума балів).

1. Стосунки з оточуючими – 8, 9, 15, 16, 21.
2. Нові можливості – 1, 3, 6, 7, 14.
3. Особистісне зміцнення – 4, 10, 17, 19, 23.
4. Духовні та екзистенційні зміни – 5, 18, 22, 24, 25.
5. Поцінування життя – 2, 11, 12, 13, 20.
6. Загальний показник – сума всіх показників.

Оцінка для перших п'яти шкал знаходиться в діапазоні від 0 до 25 балів. Для шостої шкали, як сумарного показника п'яти попередніх, оцінка може варіюватися у діапазоні від 0 до 125 балів.

Додаток Л

ШКАЛА ЖИТТЄСТІЙКОСТІ
Коннора-Девідсона

Шкала життєстійкості Коннора-Девідсона вимірює життєстійкість або те, наскільки добре людина здатна оговтатися після стресових подій, трагедії чи травми.

Шкала життєстійкості Коннора-Девідсона розкриває основні положення україномовної версії опитувальника "Connor-Davidson Resilience Scale" (Connor and Davidson, 2003; Davidson, 2018) із 10 пунктів.

Шкала життєстійкості Коннора Девідсона вимірює компоненти життєстійкості:

1. Здатність адаптуватися до змін.

2. Здатність справлятися з тим, що трапляється.

3. Здатність справлятися зі стресом.

4. Здатність залишатися зосередженим і ясно мислити.

5. Здатність не впадати у відчай перед обличчям невдачі.

6. Здатність справлятися з неприємними почуттями, такими як гнів, біль або смуток.

Шкала життєстійкості Коннора-Девідсона складається з 10 пунктів, кожен з яких оцінюється за 5-бальною шкалою (0-4), де вищі бали свідчать про більшу життєстійкість.

Загальний бал респондента може варіюватися від 0 до 40.

Варіанти відповідей:

0 – «Зовсім не вірно»,

1 – «Рідко вірно»,

2 – «Іноді вірно»,

3 – «Часто вірно»,

4 – «Майже завжди вірно».

За кожним питанням слід обрати один варіант відповіді (1-5) та записати у бланку відповідей під номером питання. Відповіді мають бути на всі питання.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. _____ _____Дата_____

Інструкція: «Вам пропонується оцінити себе за 10 твердженнями, окресливши відповідну цифру напроти кожного з них:

№	Твердження	Варіанти відповіді				
		0	1	2	3	4
1	Я здатний адаптуватися, коли відбуваються зміни					
2	Я можу впоратися з усім, що трапляється на моєму шляху					
3	Я намагаюся бачити гумористичну сторону речей, коли стикаюся з проблемами					
4	Подолання стресу може зробити мене сильнішим					
5	Я схильний відновлюватися після хвороби, травми чи інших труднощів					
6	Я вірю, що можу досягти своїх цілей, навіть якщо є перешкоди					
7	Під тиском я залишаюся зосередженим і чітко мислю					
8	Мене нелегко розчарувати невдачею					
9	Я вважаю себе сильною людиною, коли маю справу з життєвими викликами та труднощами					
10	Я здатний справлятися з неприємними або болючими почуттями, такими як смуток, страх і гнів					

Обробка результатів:

Кількісний показник життєстійкості – сума балів за 10 твердженнями (від 0 до 40).

Додаток М

ОПИТУВАЛЬНИК ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕСУРСНОСТІ ОСОБИСТОСТІ (О. Штепа)

Діагностична мета опитувальника – визначення психологічних ресурсів особистості та її уміння ними оперувати.

До структури опитувальника психологічної ресурсності (ОПРО) включено 15 шкал:

1. Упевненість у собі – самодостатність у прийнятті рішень. Уміння наполягати на своєму в робочих та життєвих ситуаціях. Адекватне сприймання причин неуспіхів та уміння коригувати власну поведінку. Здатність довіряти собі – своїй інтуїції, почуттям, життєвому досвіду – в ситуаціях вибору.

2. Доброта до людей – наявність у життєвій філософії концепції про те, що людина за своєю природою є доброю. Неконкурентне сприймання оточуючих, неконфліктні взаємини з ними. Поблажливе ставлення до інших.

3. Допомога іншим – активний, а не споглядальний альтруїзм. Домінування цінностей співпраці й толерантності. Уміння підтримувати та надихати, надавати впевненості в собі.

4. Успіх – уміння відповідати об'єктивним критеріям високого професіоналізму та суб'єктивне чуття вдалої самореалізації. Здатність організовувати ситуації, що сприятимуть найповнішому саморозкриттю.

5. Любов – уміння сприяти саморозвитку близької людини, підтримувати її в складних ситуаціях та радіти разом з нею її успіхам. Відкритість до взаємин та життя. Відсутність заздрощів.

6. Творчість – уміння бути неординарним у професійних та життєвих ситуаціях. Здатність чинити по-своєму в нових ситуаціях, що потребують адаптації. Відмова від типових життєвих сценаріїв. Наявність власних критеріїв оцінювання себе, інших, життєвих подій – із погляду власних інтересів та цінностей.

7. Віра в добро – переконаність у наявності справедливості й уміння бути милосердним, віра в Бога й уміння сподіватися. Відсутність відчаю й амбівалентності (неоднозначності) у сприйманні життя, себе та людей. Уміння співчувати, розділяти та зменшувати горе близьких людей.

8. Прагнення до мудрості – уміння вчитися, в тому числі у життя та в інших. Прагнення за допомогою знань побудувати свою картину світу та стати освіченішим, зрозуміти сенс через прагнення до істини. Уміння передавати іншим свої знання.

9. Робота над собою – саморозуміння та самозміни на основі рефлексії й аналізу власних особистісних рис, поведінки, умінь, психологічна внутрішня робота над умінням любити та доланням страху перед життям.

10. Самореалізація в професії – задоволення та успіх у самостійно обраній і цікавій роботі за покликанням, уміння скеровувати власні здібності та знання на користь суспільству.

11. Відповідальність – здатність прогнозувати наслідки власних дій та чинити згідно з власними переконаннями. Усвідомлення необхідності звітувати перед собою та іншими щодо зробленого.

12. Знання власних психологічних ресурсів – реалістичне оцінювання своїх психологічних можливостей та їх меж, а також своїх індивідуальних особливостей. Знання про напрями саморозвитку й уміння його здійснювати.

13. Уміння оновлювати власні психологічні ресурси – знання способів зменшення та позбавлення напруги й уміння їх задіювати з метою заспокоїтись та відчути внутрішню рівновагу. Уміння поповнювати свої психологічні ресурси шляхом творчості, успіху, любові.

14. Уміння використовувати власні психологічні ресурси – здатність самостійно долати складні життєві ситуації, а також допомагати в цьому іншим. Здатність створювати професійні та творчі ідеї, гармонію у взаєминах. Уміння реалізовувати власні життєві, творчі й професійні плани, покладаючись на себе.

15. Загальний рівень психологічної ресурсності особистості – здійснення саморозвитку, уміння бути компетентним у життєвих і професійних питаннях, прагнення аналізу особистісного потенціалу. Автономність у прийнятті рішень. Самодостатність у доланні складних життєвих ситуацій. Уміння підтримувати та надихати інших. Прагнення й уміння любити, бути творчим і досягати успіху.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. _____ _____Дата_____

Інструкція: «Серед наведених тверджень позначте знаком «+» ті, з якими Ви згодні, а знаком «–» ті, з якими Ви не погоджуєтесь у відповідній клітинці навпроти номеру твердження».

№ п/п	Твердження	Варіанти відповіді	
		так «+»	ні «–»
1	Життєві успіхи надають мені наснаги в досягненні особистих і професійних цілей		
2	Наполегливість – це мій шлях до успіху		
3	Загалом, я впевнена в собі людина		
4	Для мене важливо мати добрі взаємини з близькими та колегами по роботі		
5	Для мене важливо бути зрозумілим для інших		

6	Я допомагаю не чекаючи, доки мене про це попросять		
7	Люди за своєю природою злі		
8	Мені не подобається відповідати за інших		
9	Коли необхідно приймати рішення, я не впевнений(а), що виберу вірний варіант		
10	Людина, якій допомагають, ніколи нічому сама не навчиться		
11	Я довіряю собі в розв'язанні особистих і професійних питань		
12	Навіть коли виконую важливе завдання, я часто відволікаюсь		
13	Я волію тримати при собі свої речі, думки та переживання		
14	Для мене важливо, щоб мої зусилля не були марними		
15	Я намагаюсь уникати людей, які можуть у мене щось попросити		
16	Добро – це філософська категорія, що мало сумісна з реальним життям		
17	Бути добрим – означає виховувати в навколишніх несамостійність		
18	Люди невдячні, тому не слід поспішати їм допомагати		
19	Вважаю, що оточуючі не повинні ображатись, якщо я не виконав(ла) обіцянки		
20	Якщо я не можу виконати прохання або доручення, я попереджаю, щоб на мене не розраховували		
21	Не вважаю себе цілеспрямованою людиною		
22	Якщо завдання відповідальне, намагаюсь його уникнути		
23	Якщо завдання слід виконати творчо, я маю зробити те, чого ніхто не зможе оцінити		
24	Мені складно придумати щось нове у взаєминах або професійних питаннях		
25	Не можу сказати, що маю хороше почуття гумору		
26	Нікому не слід довіряти		
27	Доброта – це прихований егоїзм		
28	Навіть у поганій людині є щось хороше		
29	Для мене важливо, щоб близькі та колеги по роботі визнавали мої досягнення		
30	Мені є кого любити		
31	Мені цікаві люди, які мислять неординарно		
32	У своїх намірах я рахуюсь із бажаннями близької людини		
33	У житті немає нічого цікавого, лише розчарування		
34	Кожній людині необхідно дати у житті шанс		
35	Головними принципами людських взаємин мають бути співчуття і милосердя		

36	До мене нерідко звертаються за порадою і допомогою		
37	Я вмію надихати інших на творчі рішення або добрі вчинки		
38	Я вмію пропонувати свою допомогу, не принижуючи людину		
39	Мені подобається розмірковувати, філософствувати		
40	Я відчуваю життя повніше, коли прагну до мети		
41	Милосердя є вищим за справедливість		
42	Показником справжнього професіоналізму людини є успіх		
43	Я не займаюсь саморозвитком		
44	Професія не є сферою моєї самореалізації		
45	Я цілком задоволений рівнем своїх професійних знань		
46	Чим більше знаєш, тим примарнішою стає істина		
47	Для професійного зростання потрібна не самоосвіта, а чіткі цілі		
48	Я не бачу перспектив саморозвитку		
49	Природа людини завжди візьме гору над вихованням		
50	Я не потребую самоаналізу		
51	Із двох завдань я, у першу чергу, виконую те, що пов'язане з проханням іншої людини, а вже потім – власне		
52	Складові любові – це турбота, відповідальність і терпіння		
53	У моєму житті є хтось або щось, чому я себе присвятив		
54	Мені цікаво вчитись – із книжок, у людей, у життя		
55	Успіх – це досягнення правильно сформульованої цілі		
56	Я вмію створити собі гарний настрій		
57	Я не знаю, якими є мої переваги		
58	Я відчуваю життя повніше, коли здатний любити		
59	Я не здатний надихати та заспокоювати інших		
60	Час від часу мені необхідно побути наодинці, щоб поміркувати над життям		
61	Я знаю, як себе організувати, щоб досягти мети		
62	Я не можу відповісти на запитання «Хто я?»		
63	Я не вмію створювати довірливі взаємини		
64	Я не знаю меж власнихтворчих і професійних можливостей		
65	Близьким і колегам по роботі важлива моя моральна підтримка		
66	Я не здатний(а) робити щось, щоб почуватись у безпеці		
67	Я знаю, що мої професійні успіхи є наслідком мого саморозвитку		

Обробка та інтерпретація результатів

За кожною шкалою підраховується кількість відповідей, що збігаються з «ключем». За кожен збіг нараховується 1 бал. Загальний рівень психологічної ресурсності обчислюється шляхом підсумовування балів за всіма шкалами.

«Ключ»

№ шкали		№№ тверджень та відповідь ключа								Сума балів
1	Упевненість у собі	2+	3+	9-	11+	12-	21-	22-	55+	
2	Доброта до людей	4+	5+	15-	16-	17-	26-	27-	28+	
3	Допомога іншим	4+	6+	10-	17-	18-	36+	37+	38+	
4	Успіх	1+	12-	14+	29+	34+	40+	42-	55+	
5	Любов	7-	8-	11+	30+	33-	51+	52+	53+	
6	Творчість	23-	24-	25-	31+	37+	40+	53+	54+	
7	Віра в добро	1+	6+	7-	13-	16-	28+	34+	35+	
8	Прагнення до мудрості	33-	36+	39+	45-	46-	47-	54+	55+	
9	Робота над собою	11+	41+	43-	48-	49-	50-	52+	54+	
10	Самореалізація в професії	11+	23-	24-	40+	42-	44-	47-	53+	
11	Відповідальність	8-	10-	19-	20+	22-	32+	51+	52+	
12	Знання власних ресурсів	57-	59-	60+	61+	62-	63-	66-	67+	
13	Уміння оновлювати власні ресурси	56+	58+	60+	61+	62-	63-	64-	66-	
14	Уміння використовувати власні ресурси	58+	59-	61+	63-	64-	65+	66-	67+	
15	Загальний рівень психологічної ресурсності	**Усього**								

Рівні психологічної ресурсності:

0-56 балів – психологічна ресурсність не діагностується;

57-69 балів – низький рівень психологічної ресурсності;

70-92 бали – середній рівень психологічної ресурсності; 93-106 балів – високий рівень психологічної ресурсності;

107-112 балів – сумнівні дані для діагностування наявності психологічної ресурсності.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Турбан Вікторія Вікторівна – завідувачка лабораторії загальної психології та історії психології ім. В. А. Роменця Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, докторка психологічних наук, професорка.

Сердюк Людмила Захарівна – провідна наукова співробітниця лабораторії загальної психології та історії психології ім. В. А. Роменця Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, докторка психологічних наук, професорка.

Москаленко Валентина Володимирівна – головна наукова співробітниця лабораторії загальної психології та історії психології ім. В. А. Роменця Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, докторка філософських наук, професорка.

Мельник Оксана Андріївна – старша наукова співробітниця лабораторії загальної психології та історії психології ім. В. А. Роменця Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, докторка психологічних наук, старша наукова співробітниця.

Бугайова Наталія Михайлівна – провідна наукова співробітниця лабораторії загальної психології та історії психології ім. В. А. Роменця Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, кандидатка психологічних наук, старша наукова співробітниця.

Вернік Олексій Леонідович – старший науковий співробітник лабораторії загальної психології та історії психології ім. В. А. Роменця Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник.

Волошин Володимир Миколайович – провідний науковий співробітник лабораторії загальної психології та історії психології ім. В. А. Роменця Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, кандидат психологічних наук.

Чудакова Віра Петрівна – старша наукова співробітниця лабораторії загальної психології та історії психології ім. В. А. Роменця Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, кандидатка психологічних наук, старша наукова співробітниця.

Терещук Ангеліна Дмитрівна – провідна наукова співробітниця лабораторії загальної психології та історії психології ім. В. А. Роменця Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, кандидатка психологічних наук, старша наукова співробітниця.

Солодчук Світлана Євгеніївна – молодша наукова співробітниця лабораторії загальної психології та історії психології ім. В. А. Роменця Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України.

Скальська Людмила Олександрівна – молодша наукова співробітниця лабораторії загальної психології та історії психології ім. В. А. Роменця Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

Наукове видання

СПРИЯННЯ ПОДОЛАННЮ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Методичні рекомендації

Авторська редакція

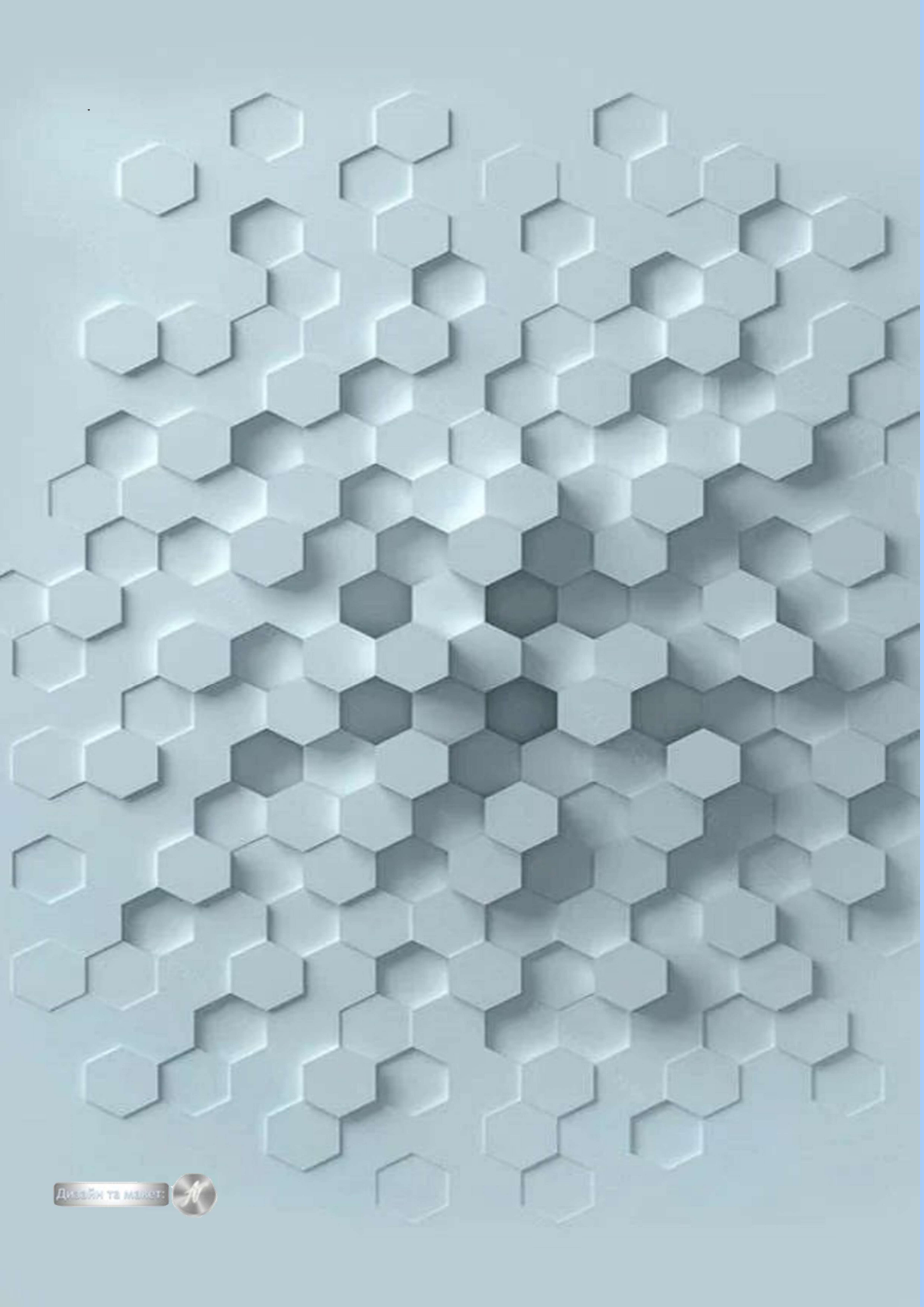
Ум. друк. арк. 4,0

Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України
01033, м. Київ, вул. Паньківська 2
тел./факс: (044) 288-33-20

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців, виготовлювачів
і розповсюджувачів видавничої продукції
№ 6418 від 03.10.2018 р.

Дизайн та комп'ютерна верстка: Н. М. Бугайова.

Автори зазначають, що під час написання методичних рекомендацій були використані допоміжні інструменти штучного інтелекту — Grammarly, ChatGPT (OpenAI) і Consensus — для мовного редагування та аналітичної підтримки. Остаточний зміст і висновки сформульовано авторами.
Відповідальність за достовірність фактів, власних імен та інших відомостей, несуть автори


Дизайн та макет: