

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
Навчально-науковий інститут «Українська інженерно-педагогічна академія»
Кафедра практичної психології та інноваційних оздоровчих технологій

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему

Психологічні особливості адаптації ветеранів війни до цивільного життя
(тема кваліфікаційної роботи)

Виконала: студентка 2 курсу, групи ЗПс-24мг

спеціальності: 053 Психологія

(код і найменування спеціальності)

_____/Карина СУЛЕЙМАНОВА

(підпис) (ім'я та прізвище)

Керівник _____/Ірина ОСТОПОЛЕЦЬ

(підпис) (ім'я та прізвище)

Рецензент _____/_____

(підпис) (ім'я та прізвище)

«До захисту допущено»

Завідувач кафедри _____/_____

(підпис) (ім'я та прізвище)

Нормоконтроль _____/_____

(підпис) (ім'я та прізвище)

Секретар ЕК _____/_____

(підпис) (ім'я та прізвище)

Харків – 2025 рік

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Навчально-науковий інститут «Українська інженерно-педагогічна академія»
Кафедра практичної психології та інноваційних оздоровчих технологій
Рівень вищої освіти другий (магістерський)
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма Практична психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри

_____ (підпис) _____ ініціали, прізвище)

« ____ » _____ 2025р.

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ

Сулейманова Карина Ельчинівна
(прізвище, ім'я, по батькові студента)

1. Тема роботи «Психологічні особливості адаптації ветеранів війни до цивільного життя»

керівник роботи Остополець Ірина Юріївна, кандидат психологічних наук, доцент

(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом по університету від “06” жовтня 2025 року № 4801-5/3665

2. Строк подання студентом роботи 28 листопада 2025 року

3. Перелік питань, які потрібно розробити:

1) Здійснити теоретичний аналіз сучасних підходів до розуміння психологічної адаптації, соціальної адаптації та ресоціалізації ветеранів війни.

2) Розкрити поліструктурний, системно детермінований характер післявоєнної адаптації ветеранів, виокремивши ключові когнітивні, емоційні, поведінкові та соціально-контекстуальні компоненти.

3) Описати методологічні засади та інструментарій емпіричного вивчення посттравматичної симптоматики, тривожності та копінг-стратегій у ветеранів війни.

4) Провести емпіричне дослідження рівня посттравматичної симптоматики, ситуативної та особистісної тривожності та особливостей копінг-стратегій у вибірці ветеранів війни.

5) Виявити та проаналізувати кореляційні взаємозв'язки між показниками посттравматичної симптоматики, тривожності та копінг-стратегій як інтегральними параметрами адаптаційного процесу.

6) На основі отриманих результатів обґрунтувати психологічні шляхи, умови та практичні рекомендації щодо підвищення ефективності адаптації ветеранів війни до цивільного життя.

4. План роботи

| № з/п | Назви етапів роботи |
|-------|--|
| 1 | Вибір теми кваліфікаційної роботи |
| 2 | Затвердження теми на кафедрі |
| 3 | Робота з літературними та іншими джерелами |
| 4 | Написання вступу до роботи та першого розділу |
| 5 | Написання другого розділу |
| 6 | Написання третього розділу |
| 7 | Завершення написання кваліфікаційної роботи (висновки та література) |
| 8 | Подача науковому керівнику |
| 9 | Відгук, рецензія, підготовка до захисту |
| 10 | Захист |

5. Дата видачі завдання 07 жовтня 2025 року

Студент

(підпис)

К.Е. Сулейманова

(ініціали, прізвище)

Керівник роботи

(підпис)

І.Ю. Остополець

(ініціали, прізвище)

РЕФЕРАТ

Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Робота містить 85 сторінок, 2 таблиці, 2 рисунки, 59 джерел.

Об'єкт дослідження – психологічна адаптація ветеранів війни до умов цивільного життя.

Предмет дослідження – взаємозв'язок посттравматичної симптоматики, ситуативної та особистісної тривожності та особливостей копінг-стратегій у структурі психологічної адаптації ветеранів війни.

Мета дослідження: Дослідити теоретичне обґрунтування та провести емпіричний аналіз психологічних чинників післявоєнної адаптації ветеранів війни. Виявити характер взаємозв'язків між посттравматичною симптоматикою, тривожністю та копінг-стратегіями; на цій основі – окреслити напрями психологічної допомоги, спрямованої на оптимізацію адаптаційного потенціалу ветеранів у цивільному середовищі.

Основні завдання дослідження: 1. Здійснити теоретичний аналіз сучасних підходів до розуміння психологічної адаптації, соціальної адаптації та ресоціалізації ветеранів війни. 2. Розкрити поліструктурний, системно детермінований характер післявоєнної адаптації ветеранів, виокремивши ключові когнітивні, емоційні, поведінкові та соціально-контекстуальні компоненти. 3. Описати методологічні засади та інструментарій емпіричного вивчення посттравматичної симптоматики, тривожності та копінг-стратегій у ветеранів війни. 4. Провести емпіричне дослідження рівня посттравматичної симптоматики, ситуативної та особистісної тривожності та особливостей копінг-стратегій у вибірці ветеранів війни. 5. Виявити та проаналізувати кореляційні взаємозв'язки між показниками посттравматичної симптоматики, тривожності та копінг-стратегій як інтегральними параметрами адаптаційного процесу. 6. На основі отриманих результатів обґрунтувати психологічні шляхи, умови та практичні рекомендації щодо підвищення ефективності адаптації ветеранів війни до цивільного життя.

Практичне значення дослідження полягає у тому, що отримані результати дають змогу уточнити діагностичні критерії оцінки рівня посттравматичної симптоматики, тривожності та копінг-стратегій ветеранів війни, виокремити групи підвищеного ризику психологічної дезадаптації та слугують емпірично обґрунтованою основою для розроблення цільових програм психодіагностики, корекційно-розвивальних і психопрофілактичних заходів. Запропоновані підходи можуть бути використані у практичній діяльності психологічних служб, реабілітаційних центрів та ветеранських організацій для підвищення ефективності психологічної підтримки та оптимізації післявоєнної адаптації ветеранів до цивільного життя.

Ключові слова: ветерани війни, психологічна адаптація, посттравматичний стресовий розлад, тривожність, копінг-стратегії, психологічна допомога, ресоціалізація.

ABSTRACT

The thesis consists of an introduction, three chapters, conclusions, a list of references and appendices. The work comprises 85 pages, 2 tables, 2 figures, and 59 sources.

The object of the study is the psychological adaptation of war veterans to civilian life.

The subject of the study is the relationship between post-traumatic symptomatology, state and trait anxiety, and coping strategies within the structure of psychological adaptation of war veterans.

The aim of the study is to examine the theoretical foundations and conduct an empirical analysis of the psychological factors of post-war adaptation of war veterans; to identify the nature of the relationships between post-traumatic symptoms, anxiety, and coping strategies; and, on this basis, to outline directions for psychological support aimed at optimizing veterans' adaptive potential in the civilian environment.

The main objectives of the study are: 1. To conduct a theoretical analysis of contemporary approaches to understanding psychological adaptation, social adaptation, and resocialization of war veterans. 2. To reveal the polystructural, system-determined nature of post-war adaptation of veterans by identifying its key cognitive, emotional, behavioral, and socio-contextual components. 3. To describe the methodological framework and tools for the empirical assessment of post-traumatic symptomatology, anxiety, and coping strategies among war veterans. 4. To carry out an empirical study of the levels of post-traumatic symptoms, state and trait anxiety, and coping strategies in a sample of war veterans. 5. To identify and analyze the correlational relationships between post-traumatic symptoms, anxiety, and coping strategies as integral parameters of the adaptation process. 6. Based on the findings, to substantiate psychological approaches, conditions, and practical recommendations for enhancing the effectiveness of war veterans' adaptation to civilian life.

The practical significance of the study lies in the fact that its results make it possible to refine diagnostic criteria for assessing the levels of post-traumatic symptomatology, anxiety, and coping strategies among war veterans, to identify high-risk groups for psychological maladaptation, and to provide an empirically grounded basis for the development of targeted programs of psychodiagnostics, corrective-developmental, and psychoprophylactic interventions. The proposed approaches can be applied in the practice of psychological services, rehabilitation centers, and veteran organizations to improve the effectiveness of psychological support and optimize the post-war adaptation of veterans to civilian life.

Key words: war veterans, psychological adaptation, post-traumatic stress disorder, anxiety, coping strategies, psychological support, resocialization.

ЗМІСТ

| | |
|--|-----------|
| ВСТУП..... | 7 |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ АДАПТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ ДО ЦИВІЛЬНОГО ЖИТТЯ..... | 11 |
| 1.1. Поняття та сутність психологічної адаптації..... | 11 |
| 1.2. Особливості військового досвіду та його вплив на психіку..... | 18 |
| 1.3. Теоретичні моделі адаптації ветеранів..... | 25 |
| ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1..... | 32 |
| РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ АДАПТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ..... | 35 |
| 2.1. Організація та методи дослідження..... | 35 |
| 2.2. Аналіз результатів дослідження..... | 40 |
| 2.3. Інтерпретація результатів дослідження..... | 45 |
| ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2..... | 47 |
| РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ ШЛЯХИ ТА УМОВИ УСПІШНОЇ АДАПТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ..... | 49 |
| 3.1. Психологічна допомога та підтримка ветеранів..... | 49 |
| 3.2. Соціальні та інституційні чинники адаптації..... | 59 |
| 3.3. Практичні рекомендації щодо поліпшення процесу адаптації..... | 63 |
| ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3..... | 70 |
| ВИСНОВКИ..... | 72 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ..... | 74 |
| ДОДАТКИ..... | 81 |

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасні реалії збройної агресії проти України зумовлюють стрімке зростання кількості ветеранів війни, які повертаються до цивільного життя з досвідом бойової травматизації, порушеннями емоційної регуляції, підвищеним рівнем тривожності, дезінтеграцією системи ціннісних орієнтацій і особистісних смислів та ускладненнями соціальної, професійної й сімейної реінтеграції. Поствоєнна адаптація ветеранів набуває статусу однієї з ключових проблем сучасної прикладної психології, оскільки без її науково обґрунтованого забезпечення неможливими стають ефективне функціонування системи реабілітації, цілеспрямоване збереження психічного здоров'я ветеранів та їх повноцінна інтеграція в соціальне середовище. Попри наявні дослідження у сфері військової, клінічної та реабілітаційної психології, недостатньо систематизованими залишаються уявлення про детермінований, поліструктурний характер адаптації, зокрема про взаємозв'язок рівня посттравматичної симптоматики, ситуативної й особистісної тривожності та копінг-стратегій як ключових психологічних чинників, що зумовлюють успішну чи ускладнену адаптацію. Це зумовлює потребу у комплексному теоретико-емпіричному аналізі зазначених параметрів та обґрунтуванні цільових напрямів психологічної допомоги ветеранам війни, що й визначає актуальність обраної теми дослідження.

Об'єкт дослідження – психологічна адаптація ветеранів війни до умов цивільного життя.

Предмет дослідження – взаємозв'язок посттравматичної симптоматики, ситуативної та особистісної тривожності та особливостей копінг-стратегій у структурі психологічної адаптації ветеранів війни.

Мета дослідження – дослідити теоретичне обґрунтування та провести емпіричний аналіз психологічних чинників післявоєнної адаптації ветеранів

війни; виявити характер взаємозв'язків між посттравматичною симптоматикою, тривожністю та копінг-стратегіями; на цій основі – окреслити напрями психологічної допомоги, спрямованої на оптимізацію адаптаційного потенціалу ветеранів у цивільному середовищі.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз сучасних підходів до розуміння психологічної адаптації, соціальної адаптації та ресоціалізації ветеранів війни.
2. Розкрити поліструктурний, системно детермінований характер післявоєнної адаптації ветеранів, виокремивши ключові когнітивні, емоційні, поведінкові та соціально-контекстуальні компоненти.
3. Описати методологічні засади та інструментарій емпіричного вивчення посттравматичної симптоматики, тривожності та копінг-стратегій у ветеранів війни.
4. Провести емпіричне дослідження рівня посттравматичної симптоматики, ситуативної та особистісної тривожності та особливостей копінг-стратегій у вибірці ветеранів війни.
5. Виявити та проаналізувати кореляційні взаємозв'язки між показниками посттравматичної симптоматики, тривожності та копінг-стратегій як інтегральними параметрами адаптаційного процесу.
6. На основі отриманих результатів обґрунтувати психологічні шляхи, умови та практичні рекомендації щодо підвищення ефективності адаптації ветеранів війни до цивільного життя.

Теоретико-методологічна основа дослідження. Методологічним підґрунтям роботи є положення стресово-копінгової парадигми, когнітивно-поведінкових підходів до опрацювання травматичного досвіду, гуманістичної концепції особистісного зростання, біопсихосоціальної моделі розуміння

психічного здоров'я, а також сучасні концепції психології травми, посттравматичного стресового розладу, військової та реабілітаційної психології. У межах цих підходів психологічна адаптація ветеранів розглядається як поліструктурний, системно організований процес інтеграції травматичного досвіду, регуляції емоційних станів, трансформації копінг-поведінки та ресоціалізації у цивільному просторі.

Методи дослідження. Для досягнення мети використано комплекс взаємодоповнювальних методів:

– теоретичні: аналіз, порівняння, узагальнення та систематизація наукових джерел з проблематики адаптації ветеранів, ПТСР, тривожності та копінг-стратегій;

– емпіричні: опитувальник PCL-5 для оцінки посттравматичної симптоматики; шкала тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна для вимірювання ситуативної та особистісної тривожності; методика діагностики копінг-стратегій за Р. Лазарусом; соціально-демографічна анкета;

– математико-статистичні: кореляційний аналіз для виявлення зв'язків між досліджуваними змінними, інтерпретація емпіричних даних відповідно до теоретико-методологічної моделі.

Наукова новизна дослідження полягає у подальшій конкретизації уявлень про психологічну адаптацію ветеранів війни як системно детермінований процес, структурований аналізом взаємозв'язків між рівнем посттравматичної симптоматики, ситуативної та особистісної тривожності та копінг-стратегіями, а також у виокремленні комплексу психологічних чинників, що сприяють або перешкоджають успішній післявоєнній адаптації. На основі емпіричних даних обґрунтовано доцільність інтеграції клініко-психологічних, соціально-поведінкових і реабілітаційних підходів у цілісну систему психологічної підтримки ветеранів.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості використання розроблених підходів і виявлених закономірностей у діяльності практичних психологів, фахівців центрів психосоціальної підтримки, реабілітаційних установ та ветеранських організацій. Результати дослідження можуть бути застосовані для удосконалення психодіагностичних програм, розроблення індивідуальних і групових психокорекційних та психопрофілактичних заходів, спрямованих на зниження ризиків дезадаптації, оптимізацію копінг-стратегій та підвищення якості життя ветеранів війни.

Апробація результатів дослідження. Апробація основних тез дослідження здійснювалася шляхом представлення їх у формі наукової доповіді на Всеукраїнській науково-практичній конференції «Психологічна допомога особистості в різних умовах соціалізації» (26 вересня 2025 р., м. Одеса) за темою «Психологічні особливості адаптації ветеранів війни до цивільного життя: виклики та перспективи», результати якої відображено у публікації в збірнику «Матеріали конференцій МНЛ» (<https://archive.liga.science/index.php/conference-proceedings/article/view/2066>).

Обсяг і структура роботи. Робота містить 85 сторінок, 2 таблиці, 2 рисунки, 59 джерел, та складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ АДАПТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ ДО ЦИВІЛЬНОГО ЖИТТЯ

1.1. Поняття та сутність психологічної адаптації

Поняття «адаптація» є одним із фундаментальних у зарубіжній психології, оскільки відображає базовий механізм взаємодії індивіда з навколишнім середовищем, спрямований на збереження життєздатності, психологічної рівноваги та ефективності функціонування. Його зміст і структура розкриваються у межах різних теоретичних підходів — біологічного, когнітивного, психоаналітичного, гуманістичного та соціально-психологічного — що відображають багатовимірність цього феномена.

Перші наукові уявлення про адаптацію походять із біологічної теорії еволюції Чарльза Дарвіна, який у праці «On the Origin of Species» [36] визначив адаптацію як природний процес пристосування організмів до умов середовища, що забезпечує виживання виду. Подальший розвиток цього підходу отримав у фізіологічних дослідженнях Уолтера Кеннона, який у роботі «The Wisdom of the Body» [35] запровадив поняття гомеостазу, описуючи адаптацію як здатність організму підтримувати внутрішню рівновагу. Ганс Сельє у своїй класичній праці «The Stress of Life» [56] розглядав адаптацію як загальний адаптаційний синдром — комплекс реакцій організму на будь-які зовнішні або внутрішні зміни, що забезпечує пристосування до стресових умов. Біологічна модель стала основою для розуміння адаптації як процесу, що поєднує фізіологічну, емоційну та поведінкову регуляцію.

У когнітивній психології поняття адаптації набуло нового змісту завдяки роботам швейцарського психолога Жана Піаже. У книзі «The Psychology of Intelligence» [50] він визначив адаптацію як процес встановлення рівноваги між асиміляцією (включення нових вражень у наявні когнітивні схеми) та акомодациєю (зміна схем під впливом нових даних). Для Піаже адаптація є

рушійною силою інтелектуального розвитку, що відображає активну взаємодію суб'єкта з середовищем. Ідеї когнітивної регуляції отримали подальший розвиток у працях Річарда Лазаруса, який у книзі «Psychological Stress and the Coping Process» [43] розглядав адаптацію як динамічний процес оцінки ситуацій і вибору стратегій подолання. На його думку, саме когнітивна оцінка подій визначає, чи буде реакція індивіда адаптивною або дезадаптивною. Аарон Бек у праці «Cognitive Therapy and the Emotional Disorders» [32] підкреслював роль мислення у підтриманні психологічної рівноваги, зазначаючи, що когнітивна перебудова є необхідною умовою адаптації до реальності.

У межах гуманістичної психології адаптація розглядається як процес досягнення гармонії між внутрішнім «Я» та зовнішнім світом. Абрахам Маслоу у своїй теорії мотивації, викладеній у праці «Motivation and Personality» [47], розумів адаптацію як рух до самоактуалізації — реалізації власного потенціалу через гармонійне задоволення потреб. За Маслоу, справжня адаптація не зводиться до пасивного пристосування, а є результатом творчої самореалізації та духовного розвитку. Карл Роджерс у книгах «Client-Centered Therapy» [51] та «On Becoming a Person» [52] розглядав адаптацію як показник психологічного здоров'я, що проявляється у відкритості досвіду, безумовному прийнятті себе та здатності до автентичного самовираження. У гуманістичній парадигмі адаптація трактується як внутрішній процес узгодження особистісних цінностей із зовнішніми вимогами, що забезпечує емоційну стійкість і зрілість.

У психоаналітичному підході, започаткованому Зигмундом Фройдом, адаптація розуміється як баланс між свідомими й несвідомими силами психіки. У працях «The Ego and the Id» [38] і «Civilization and Its Discontents» [37] він описував адаптацію як компроміс між вимогами інстинктів, реальністю та моральними нормами суспільства. Карл Густав Юнг, розвиваючи ці ідеї у праці «The Relations Between the Ego and the Unconscious» [42], підкреслював, що справжня адаптація полягає у процесі індивідуації, тобто інтеграції свідомого та несвідомого, що веде до цілісності особистості. Еріх Фромм у книзі «Man for

Himself» [39] застерігав від надмірного конформізму, вважаючи, що соціальне пристосування без внутрішньої свободи призводить до «втечі від себе», тому справжня адаптація можлива лише за умови збереження автономії та самоповаги.

Соціально-психологічні концепції адаптації також мають вагоме значення. Курт Левін у своїй «Field Theory in Social Science» [44] визначав адаптацію як процес досягнення рівноваги між особистістю та середовищем через зміну «поля напруження». Роберт Мертон у праці «Social Theory and Social Structure» [48] розглядав соціальну адаптацію як різні типи реакцій на суперечність між культурними цілями та доступними засобами їх досягнення, виокремивши конформізм, інновацію, ритуалізм, ретретизм і бунт. Талкотт Парсонс у «The Social System» [49] включив адаптацію до числа базових функцій будь-якої соціальної системи (поряд із досягненням цілей, інтеграцією та підтриманням зразків), вважаючи її необхідною умовою стабільності суспільства.

Таким чином, психологічна думка трактує адаптацію як універсальний механізм, що забезпечує гармонійне співіснування особистості й середовища на різних рівнях — біологічному, когнітивному, емоційному, соціальному та духовному. Від Дарвіна і Фрейда до Маслоу, Роджерса й Лазаруса, концепція адаптації пройшла шлях від розуміння як простого пристосування до усвідомлення її як активного, творчого процесу саморозвитку. У сучасному контексті адаптація постає як динамічний баланс між стабільністю і зміною, що забезпечує людині можливість ефективно функціонувати, зберігаючи власну цілісність у мінливому світі.

Розмежування понять «соціальна адаптація», «психологічна адаптація» та «ресоціалізація» є важливим завданням сучасної психологічної та соціальної науки, оскільки кожне з них окреслює окремі аспекти процесу взаємодії індивіда з соціальним середовищем та його внутрішнього пристосування до змін. Соціальна адаптація розглядається як процес активного пристосування особистості до умов соціального середовища, вимог суспільства, норм і

цінностей соціальних груп. Вона охоплює засвоєння соціальних ролей, моделей поведінки, механізмів взаємодії з іншими людьми, що забезпечує ефективне функціонування індивіда у суспільстві. На думку Т. Парсонса, соціальна адаптація є складовою процесу соціалізації та полягає у досягненні рівноваги між особистістю та соціальною системою через виконання нею суспільно значущих ролей [49, С. 422].

Психологічна адаптація, на відміну від соціальної, акцентує увагу на внутрішньому, емоційно-когнітивному та поведінковому аспектах процесу пристосування. Вона відображає стан гармонії між особистістю та середовищем, коли індивід здатен ефективно задовольняти свої потреби, долати стресові ситуації та підтримувати психічну рівновагу. У працях К. Роджерса психологічна адаптація пов'язується із самоприйняттям, внутрішньою узгодженістю та автентичністю особистості. З. Фройд розглядав адаптацію як динамічний процес урівноваження між потягами «Воно» і вимогами соціального «Над-Я», що забезпечує психічну стабільність. У сучасних дослідженнях психологічна адаптація трактується як результат ефективного використання особистісних ресурсів, копінг-стратегій та механізмів психологічного захисту для збереження внутрішньої рівноваги у змінних умовах.

Ресоціалізація, у свою чергу, означає процес повторного засвоєння або відновлення соціальних норм, цінностей і моделей поведінки, необхідних для ефективного функціонування в суспільстві після втрати соціальних зв'язків чи зміни соціального статусу. На відміну від первинної соціалізації, що відбувається у дитинстві, ресоціалізація є вторинним процесом, який зазвичай зумовлений кризовими життєвими подіями, зміною соціального середовища або необхідністю адаптації до нових соціокультурних умов. П. Бергер і Т. Лукман у своїй концепції соціального конструювання реальності зазначали, що ресоціалізація пов'язана з реконструкцією соціальної ідентичності та переосмисленням попереднього досвіду. У психологічному вимірі вона

передбачає подолання внутрішніх бар'єрів, формування нових установок, розвиток здатності до саморегуляції й відновлення позитивного самосприйняття.

Отже, соціальна адаптація визначає зовнішній аспект пристосування особистості до соціуму, психологічна адаптація — внутрішній, індивідуально-психологічний механізм досягнення рівноваги із середовищем, тоді як ресоціалізація постає як процес повторного входження індивіда у соціальний простір після дезадаптації чи трансформації життєвих обставин. У взаємозв'язку ці процеси забезпечують цілісність функціонування особистості, її здатність до розвитку, інтеграції та відновлення соціальної й психологічної рівноваги в умовах постійних змін соціальної реальності.

Методологічні основи вивчення адаптаційних процесів ґрунтуються на міждисциплінарному підході, який поєднує здобутки психології, соціології, антропології, біології та культурології. Такий підхід дозволяє розглядати адаптацію як складний, багаторівневий феномен, що охоплює не лише індивідуально-психологічні механізми пристосування, а й соціальні, культурні та середовищні чинники, які визначають характер взаємодії особистості з соціумом. Вивчення адаптаційних процесів у сучасній науці спирається на інтеграцію різних наукових парадигм — від біологічної моделі Г. Сельє, яка акцентує увагу на стресі як універсальному механізмі адаптації організму [56], до соціально-психологічних і культурно-антропологічних теорій, що пояснюють адаптацію через соціальну динаміку та зміну ціннісних орієнтацій.

У психологічному аспекті адаптація розглядається як процес узгодження внутрішнього стану особистості з умовами зовнішнього середовища, що передбачає використання когнітивних, емоційних і поведінкових стратегій для досягнення психічної рівноваги. Представники гуманістичної психології, зокрема К. Роджерс і А. Маслоу, підкреслювали, що адаптація не повинна зводитися лише до пасивного пристосування, а має передбачати самореалізацію, внутрішню гармонію та розвиток потенціалу індивіда. З

позицій когнітивної психології (напр., Ж. Піаже) адаптаційні процеси пов'язані з перебудовою когнітивних схем і систем інтерпретації реальності, що забезпечує гнучкість мислення та ефективність поведінки у змінних обставинах.

Соціологічний підхід розглядає адаптацію як соціальний процес інтеграції особистості в систему суспільних відносин, який забезпечує її включення до соціальних інститутів, норм і культурних моделей поведінки. У межах структурно-функціональної парадигми Т. Парсонса адаптація виступає однією з базових функцій соціальної системи, що гарантує її стабільність і відтворення [49, С. 346]. Еміль Дюркгейм пов'язував адаптацію з соціальною інтеграцією, зазначаючи, що недостатня соціальна включеність може призводити до аномії, відчуження та дезадаптації.

Інтеграція психологічних і соціологічних концепцій дозволяє розглядати адаптаційні процеси як єдність зовнішньої та внутрішньої взаємодії. З одного боку, адаптація відображає соціальні умови, норми та очікування, які формують поведінкові зразки індивіда; з іншого — вона залежить від особистісних ресурсів, мотиваційних установок, рівня емоційної регуляції та здатності до рефлексії. Такий синтетичний підхід дозволяє аналізувати адаптацію не лише як механізм пристосування, а як динамічний процес взаємної трансформації особистості та середовища.

Методологічна основа вивчення адаптаційних процесів полягає у поєднанні багаторівневого аналізу — від біопсихологічного до соціокультурного, що забезпечує комплексне розуміння механізмів пристосування особистості до умов сучасного світу. Міждисциплінарність і інтегративність цього підходу створюють можливість виявити закономірності, спільні для різних рівнів адаптації, і водночас урахувати індивідуальні, соціальні та культурні відмінності, що визначають успішність адаптаційних процесів.

Психологічні механізми адаптації виступають ключовими процесами, які забезпечують здатність особистості ефективно реагувати на зміни зовнішнього середовища та зберігати психічну рівновагу в умовах стресу або життєвих труднощів. Одним із центральних механізмів є копінг-стратегії, що трактуються як цілеспрямовані когнітивні та поведінкові дії, спрямовані на подолання або мінімізацію впливу стресових чинників. З позицій Річарда Лазаруса та Сьюзен Фолькман копінг включає як проблемоорієнтовані стратегії, які спрямовані на активне вирішення складної ситуації, так і емоційноорієнтовані стратегії, що забезпечують регуляцію емоційного стану, зменшення тривожності та психологічного напруження. Вибір конкретної стратегії залежить від особистісних характеристик індивіда, його оцінки ресурсів та суб'єктивного сприйняття контрольованості ситуації.

Внутрішні ресурси особистості є другим важливим механізмом адаптації, що включає сукупність когнітивних, емоційних і мотиваційних факторів, здатних підтримувати психічну стійкість. До таких ресурсів належать саморегуляція, рівень самоповаги, оптимізм, гнучкість мислення, здатність до рефлексії та усвідомленого прийняття рішень. Представники позитивної психології, зокрема Мартін Селігман, підкреслюють роль психологічних ресурсів у формуванні стійкості особистості, здатності до відновлення після стресових подій та досягнення психічного благополуччя [55]. Внутрішні ресурси виступають не лише компенсаторним механізмом при дезадаптації, а й потенціалом для розвитку адаптивних здібностей та самореалізації.

Третім механізмом психологічної адаптації є соціальна підтримка, яка забезпечує взаємодію особистості з оточенням, сприяє відчуттю захищеності та зменшує рівень тривоги під час стресових ситуацій. Соціальна підтримка може мати емоційний, інструментальний та інформаційний характер, включати як близькі соціальні зв'язки, так і професійні або групові ресурси. Дослідження соціальної психології, зокрема Роберта Келлера та Шейра Бергера, демонструють, що високий рівень соціальної підтримки сприяє більш

ефективному використанню копінг-стратегій, зміцнює внутрішні ресурси та підвищує загальну психічну стійкість індивіда.

Можемо визначити що, психологічні механізми адаптації формують єдину систему, у якій копінг-стратегії забезпечують активне реагування на труднощі, внутрішні ресурси підтримують психічну рівновагу та стійкість, а соціальна підтримка створює зовнішнє середовище, що сприяє відновленню та розвитку особистості. Взаємодія цих механізмів дозволяє розглядати адаптацію як комплексний, динамічний процес, що забезпечує цілісне пристосування індивіда до змінних умов життя та соціального середовища.

1.2. Особливості військового досвіду та його вплив на психіку

Особливості військового досвіду та його вплив на психіку є предметом систематичного наукового дослідження у межах військової психології та психіатрії, оскільки участь у бойових діях виступає надзвичайно інтенсивним стресовим фактором, що обумовлює формування специфічних психологічних реакцій та суттєву трансформацію когнітивно-поведінкових та емоційних патернів особистості. Військовий досвід характеризується постійною високою напругою, необхідністю оперативного прийняття рішень у критичних умовах, переживанням травматичних подій, втрат і смертельної небезпеки, а також вимогою до ефективної колективної взаємодії в умовах бойових підрозділів [1, С. 22]. Психологічно ці обставини стимулюють розвиток стресостійкості, саморегуляції та комплексних механізмів психологічного захисту, зокрема раціоналізації, дистанціювання, інтелектуалізації та інших форм адаптивної модифікації емоційного сприйняття травматичного досвіду.

Психологічні наслідки участі у бойових діях є багатогранними і включають як короткострокові, так і довгострокові ефекти. Найбільш досліджуваними є посттравматичний стресовий розлад, депресивні та тривожні синдроми, підвищена дратівливість, агресивні тенденції, емоційна відчуженість

та порушення соціальної інтеграції. Емпіричні дані, отримані Д. Гроссманом та Л. Крістенсенем, свідчать про те, що інтенсивність і характер психотравматичних проявів визначаються тривалістю бойового досвіду, специфікою військових операцій та психічним станом особистості до мобілізації [10]. Дослідження Т. Хоппена та Н. Моріна демонструють, що травматичний досвід супроводжується порушеннями когнітивної гнучкості, зниженням концентрації уваги та порушенням пам'яті, що значною мірою ускладнює адаптацію до цивільного життя та соціальних ролей після завершення бойової служби [41].

Сучасні емпіричні дослідження підкреслюють критичне значення соціальної підтримки, систематичного психологічного супроводження та розвитку ефективних копінг-стратегій у процесі адаптації військовослужбовців. Зокрема, роботи Р. Адамса, М. Ларсона та Е. Меєрвієка демонструють, що використання групової психотерапії, тренінгів зі стресостійкості та професійного психологічного супроводу суттєво знижує рівень психотравматичних симптомів, сприяє стабілізації психоемоційного стану та підвищує ефективність ресоціалізації ветеранів [31]. Разом із тим, дослідження П. Беннера, Дж. Халперна, Д. Гордона та інш. показують, що бойовий досвід у певних умовах може стати джерелом психологічної резилієнтності, розвитку лідерських і колективних компетенцій, формування адаптивних стратегій поведінки та високої психологічної мобільності, особливо за наявності внутрішніх ресурсів особистості та соціальної підтримки [33].

Отже, військовий досвід виступає комплексним чинником, який має подвійну природу впливу на психіку: з одного боку, він створює значний ризик психотравматичних розладів та дезадаптації, з іншого — може сприяти розвитку психічної стійкості, ефективних механізмів саморегуляції та формуванню соціальної компетентності. Емпіричні дані дозволяють констатувати, що успішна психологічна адаптація військовослужбовців у цивільному середовищі потребує інтегрованого підходу, який враховує

особливості бойового досвіду, індивідуально-психологічні характеристики, наявність внутрішніх ресурсів та соціальної підтримки, а також системне професійне супроводження як під час служби, так і після її завершення.

Посттравматичний стресовий розлад, тривожні та депресивні стани представляють собою комплекс психопатологічних явищ, які найчастіше виникають унаслідок переживання інтенсивного стресу або травматичних подій, зокрема бойових дій, катастроф, насильницьких ситуацій або інших кризових обставин. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) характеризується стійким і нав'язливим повторним переживанням травматичного досвіду, униканням стимулів, що асоціюються з травмою, емоційною оцінковою стійкістю, гіперактивністю нервової системи та порушенням когнітивних функцій. З клініко-психологічної точки зору ПТСР поєднує як емоційно-афективні порушення — страх, тривожність, провину та сором, — так і когнітивні зміни, включно з нав'язливими спогадами, спотвореною оцінкою власних можливостей та навколишньої реальності, а також соматичні симптоми, що проявляються у підвищеній фізіологічній збудженості, порушеннях сну та концентрації уваги.

Тривожні стани, що супроводжують психотравматичні переживання, проявляються у вигляді постійного підвищеного напруження, очікування загрози, надмірної пильності та фізіологічних реакцій страху, що можуть бути диспропорційними до реальної ситуації. Клінічні спостереження А. Маклеода показують, що тривожні стани часто поєднуються з когнітивними порушеннями, зниженням концентрації уваги, посиленою емоційною реактивністю та формуванням поведінкових унікальних стратегій, спрямованих на мінімізацію ризику та запобігання стресовим впливам [46].

Депресивні стани, які часто виникають у контексті ПТСР або тривожних розладів, характеризуються зниженням настрою, втратою інтересу до раніше значущих діяльностей, зниженням енергії, почуттям безнадійності та негативними когнітивними схемами щодо себе та світу. Роботи Аарона Бека та

Мартіна Селігмана підкреслюють, що депресивні стани супроводжуються порушенням мотиваційної сфери, зниженням здатності до саморегуляції та прийняття рішень, що створює додаткові бар'єри для соціальної інтеграції та адаптації (див. [32; 55]).

Клініко-психологічний аналіз ПТСР, тривожних і депресивних станів демонструє їхню взаємопов'язаність та комплексний вплив на психіку індивіда, зокрема порушення когнітивної, емоційної та поведінкової сфер. Системний підхід до оцінки таких станів передбачає інтеграцію психометричних методів, клінічного інтерв'ю та спостереження за поведінковими реакціями, що дозволяє виявляти специфічні маркери психологічної дезадаптації та визначати напрямки терапевтичного впливу. Емпіричні дані підтверджують, що ефективне подолання цих психопатологічних проявів потребує комплексних втручань, що включають психотерапевтичні методи, розвиток копінг-стратегій, соціальну підтримку та, за необхідності, фармакологічну корекцію, що забезпечує відновлення психічної рівноваги та можливість адаптивної інтеграції в соціальне середовище.

Формування військової ідентичності є багаторівневим, динамічним і складним психосоціальним процесом, який охоплює інтеграцію особистісних характеристик, професійних норм та соціальних ролей у цілісну структуру самосприйняття військовослужбовця. Цей процес відбувається під впливом низки факторів, серед яких центральне значення мають специфічні умови військової служби, структурована дисципліна, колективна взаємодія, екстремальні та травматичні переживання бойових дій, а також морально-етичні вимоги, що висуваються професійним середовищем. Наукові дослідження К. Зорана свідчать, що військова ідентичність формується через поєднання внутрішньої мотивації до виконання професійних обов'язків, усвідомлення цінності колективної мети та розвитку когнітивно-поведінкових навичок саморегуляції, що забезпечують стійкість особистості в умовах високого стресу, небезпеки та нестабільності [13]. Важливо відзначити, що

військова ідентичність не є статичною, вона динамічно змінюється під впливом нових професійних та життєвих ситуацій, що вимагає від особистості постійної когнітивної та емоційної адаптації.

Особливості світогляду ветеранів формуються як результат синтезу бойового досвіду та психологічної адаптації до цивільного життя, що визначає специфічні ціннісні орієнтації, моральні пріоритети та когнітивні установки. Наукові спостереження О.А.Блінова показують, що ветерани, як правило, характеризуються підвищеною чутливістю до питань безпеки, соціальної справедливості, етичної відповідальності та колективних цінностей [3; 4]. Переживання бойових дій модифікує пріоритети, способи оцінки ризику та прийняття рішень, формує специфічні соціальні очікування та нормативи допустимої поведінки. Цей процес призводить до формування когнітивно-емоційних патернів, які забезпечують ефективність функціонування у військовому середовищі, проте водночас можуть ускладнювати адаптацію до цивільного соціуму, породжуючи когнітивні конфлікти та соціальну дисонансність.

Поведінкові особливості ветеранів відзначаються високим рівнем дисципліни, відповідальності, організаційної компетентності та здатності до колективної взаємодії, що є результатом тривалого виконання професійних обов'язків у структурованих соціальних системах. Водночас бойовий досвід формує специфічні емоційні та поведінкові стратегії, які можуть проявлятися у вигляді емоційної дистанційованості, підвищеної тривожності, когнітивної фіксації на загрозах, агресивних реакцій у конфліктогенних ситуаціях та тенденції до ізоляції від соціальних контактів. Вітчизняні дослідження демонструють, що ефективна соціальна адаптація ветеранів обумовлюється здатністю трансформувати військові когнітивно-поведінкові моделі у цивільні патерни поведінки, а також наявністю адекватних внутрішніх ресурсів, системи соціальної підтримки та професійної психологічної допомоги [28].

Системний аналіз психологічних аспектів військової ідентичності та світогляду ветеранів дозволяє виділити кілька ключових компонентів: когнітивний — усвідомлення ролі та значущості власної діяльності; емоційний — розвиток специфічних патернів емоційної регуляції та психологічної стійкості; поведінковий — формування стратегій взаємодії в колективі та адаптивних моделей реагування на стресові ситуації; ціннісно-моральний — формування пріоритетів, які визначають соціальну ідентичність та рольову поведінку. Взаємодія цих компонентів забезпечує комплексну психічну організацію ветеранів, яка поєднує високу стресостійкість та професійну ефективність з певними ризиками психоемоційної дезадаптації у цивільному середовищі.

Військова ідентичність, особливості світогляду та поведінки ветеранів є результатом інтеграції бойового досвіду, професійних та соціальних норм, психічних механізмів адаптації та внутрішніх ресурсів особистості. Цей комплексний процес визначає структуру ціннісних орієнтацій, когнітивних схем, емоційної регуляції та адаптивних стратегій реагування на стресові ситуації, що має фундаментальне значення для розробки науково обґрунтованих програм психологічної підтримки, ресоціалізації та професійної реабілітації ветеранів.

Методологічні підходи до аналізу впливу військового досвіду на психіку базуються на інтеграції різнорівневих наукових концепцій, що дозволяють комплексно оцінювати психічні, когнітивні та соціальні наслідки участі у бойових діях. Клініко-психологічний підхід передбачає системне вивчення психопатологічних проявів, що виникають унаслідок травматичного досвіду, зокрема посттравматичного стресового розладу, тривожних та депресивних станів, порушень сну, концентрації уваги, пам'яті та когнітивної гнучкості. У межах цього підходу застосовуються психометричні методики, клінічне інтерв'ю, спостереження та діагностичні шкали, що дозволяють виявити індивідуальні особливості психічних реакцій, оцінити рівень психологічної

дезадаптації та визначити потребу у терапевтичному втручанні. Робота А.К. Залта демонструють, що клініко-психологічний аналіз забезпечує глибоке розуміння взаємозв'язку між травматичним досвідом і психофізіологічними проявами стресу, що є критично важливим для розробки ефективних методик психологічної реабілітації ветеранів [59].

Соціально-психологічний підхід акцентує увагу на впливі військового досвіду на інтеракції особистості з соціальним середовищем, на формування соціальної ідентичності, колективних цінностей та моделей поведінки. У межах цього підходу досліджуються механізми соціальної підтримки, роль підрозділу та професійної групи у формуванні психологічної стійкості, а також вплив бойового досвіду на адаптацію до цивільного соціуму. Емпіричні роботи О.А. Бланова підкреслюють, що соціально-психологічний аналіз дозволяє виявити взаємозв'язок між рівнем соціальної інтеграції, якістю колективної взаємодії та ефективністю адаптаційних процесів ветеранів, а також оцінити ризики виникнення асоціальних або дезадаптивних патернів поведінки [3; 4].

Когнітивний підхід спрямований на дослідження змін у пізнавальних структурах, схемах сприйняття та мислення, що виникають під впливом військового досвіду. Він передбачає аналіз трансформації когнітивних моделей, механізмів прийняття рішень, оцінки ризику, пам'яті та уваги, а також специфічних стратегій вирішення проблем у стресових умовах. Дослідження Жана Піаже та Роберта Мертона демонструють, що когнітивний підхід дозволяє виявляти закономірності перебудови когнітивних схем, оцінювати гнучкість мислення та визначати ступінь формування адаптивних або дезадаптивних стратегій поведінки у ветеранів [48; 50].

Інтеграція клініко-психологічного, соціально-психологічного та когнітивного підходів забезпечує комплексне бачення впливу військового досвіду на психіку, дозволяючи розглядати його не лише як джерело ризиків психічної дезадаптації, а й як фактор потенційного розвитку психічної стійкості, резилієнтності та соціальної компетентності. Такий методологічний

синтез створює наукову основу для розробки ефективних програм психологічного супроводу, ресоціалізації та професійної реабілітації ветеранів, що враховують індивідуальні, соціальні та когнітивні аспекти їхнього досвіду.

1.3. Теоретичні моделі адаптації ветеранів

Теоретичні моделі адаптації ветеранів базуються на системному розумінні психічних, соціальних та когнітивних процесів, що забезпечують пристосування особистості до цивільного життя після пережитого бойового досвіду. Класичні теоретичні підходи до аналізу адаптації — психоаналітичний, когнітивно-поведінковий та гуманістичний — формують методологічну основу для комплексного дослідження психологічних механізмів, закономірностей та чинників адаптації ветеранів, надаючи різні перспективи щодо інтерпретації їхніх психоемоційних, когнітивних та поведінкових особливостей.

Психоаналітичний підхід, започаткований Зигмундом Фройдом та розвинений сучасними психоаналітиками, такими як Бессель ван дер Колк, розглядає адаптацію як процес усвідомлення, переробки та інтеграції внутрішніх конфліктів, травматичних переживань і підсвідомих мотивів у свідомий психічний досвід. У контексті ветеранів цей підхід дозволяє досліджувати глибинні механізми формування психотравматичних симптомів, таких як повторювані флешбеки, нав'язливі думки, порушення сну та емоційна нестабільність, а також роль психічних захисних механізмів — витіснення, раціоналізація, проєкція, ізоляція афекту — у регуляції психологічного стану. Психоаналітичний підхід підкреслює, що травматичний досвід бойових дій має здатність порушувати інтеграцію психічних структур, що ускладнює формування адаптивної самосвідомості, а ефективна психотерапевтична інтервенція повинна спрямовуватися на реконструкцію внутрішніх конфліктів та відновлення цілісності психіки.

Когнітивно-поведінковий підхід, представлений роботами Аарона Бека та Дональда Мейхенбаума, трактує адаптацію як результат взаємодії когнітивних структур, емоційних реакцій та поведінкових стратегій (див, напр., [7; 32]). У цьому контексті дисфункціональні когнітивні схеми ветеранів, сформовані під впливом травматичного досвіду, можуть проявлятися у вигляді негативних переконань щодо себе, світу та майбутнього, що призводить до формування неадаптивних емоційних реакцій і поведінкових патернів. Когнітивно-поведінковий підхід передбачає цілеспрямовану роботу з переконаннями, розвиток адаптивних копінг-стратегій, емоційну регуляцію та формування навичок проблемоорієнтованої поведінки. Дослідження Дональда Мейхенбаума та Аарона Бека показують, що саме корекція когнітивних схем і модифікація поведінкових стратегій дозволяють зменшити прояви посттравматичного стресового розладу, депресивних станів та тривожності, а також сприяють соціальній інтеграції та підвищенню загальної психологічної стійкості.

Гуманістичний підхід, представлений працями Карла Роджерса та Абрахама Маслоу [47; 51; 52], зосереджується на розвитку внутрішніх ресурсів особистості, самореалізації, ціннісній гармонії та відновленні цілісності психіки. З позицій гуманістичної психології адаптація ветеранів розглядається як процес відновлення і підтримання психологічного благополуччя, формування позитивного «Я-концепту» та інтеграції соціальних ролей. Роджерс наголошує на значенні емпатійного, підтримуючого середовища для розвитку внутрішньої автономії, а Маслоу виділяє ієрархію потреб, де задоволення базових фізіологічних та безпекових потреб створює умови для розвитку потреб у самореалізації, творчості та соціальної інтеграції. Гуманістичний підхід підкреслює, що адаптація є не лише процесом подолання травматичних наслідків, а й сприяє розвитку психічних ресурсів, резилієнтності та позитивних ціннісних орієнтацій.

Інтеграція психоаналітичного, когнітивно-поведінкового та гуманістичного підходів забезпечує багаторівневе розуміння процесів адаптації

ветеранів. Вона дозволяє оцінювати вплив глибинних психічних структур, когнітивних схем та внутрішніх ресурсів на емоційне, поведінкове та соціальне функціонування особистості. Такий синтез методологічних підходів створює наукову основу для розробки комплексних програм психологічного супроводу, ресоціалізації та психотерапевтичної реабілітації ветеранів, які враховують як індивідуальні особливості, так і соціально-культурні умови функціонування особистості.

Модель переходу від військового до цивільного середовища, відома як Transition Theory, являє собою концептуальну рамку, що дозволяє системно аналізувати процеси адаптації ветеранів після завершення військової служби. Вона була розроблена Ненсі Шлоссберг у межах досліджень психосоціальної адаптації дорослих осіб у періоди значущих життєвих змін і наразі є однією з найбільш комплексних моделей, що інтегрує когнітивні, емоційні, поведінкові та соціальні аспекти процесу ресоціалізації [53]. Наукове підґрунтя моделі базується на синтезі гуманістичних, когнітивно-поведінкових і соціально-психологічних концепцій, що дозволяє багатовимірно оцінювати вплив індивідуальних, контекстуальних та соціальних чинників на адаптаційні процеси ветеранів.

Концептуально Transition Theory розглядає адаптацію як динамічний, фазовий процес, що включає три взаємопов'язані стадії: «вхід у зміну» (moving in), «перебування у перехідному стані» (moving through) та «вихід із переходу» (moving out) (тут і далі – див. [53]). Фаза «вхід у зміну» передбачає усвідомлення ветераном завершення військової служби, оцінку власних ресурсів та обмежень, а також психологічну підготовку до прийняття нових соціальних і професійних ролей. «Перебування у перехідному стані» характеризується активною когнітивною та поведінковою перебудовою, формуванням нових стратегій саморегуляції та соціальної взаємодії, а також розвитком адаптивних копінг-стратегій. Фаза «вихід із переходу» включає

стабілізацію психічного стану, інтеграцію нових соціальних ролей та формування стійких адаптивних патернів поведінки в цивільному середовищі.

Наукове підґрунтя моделі базується на взаємодії трьох основних компонентів, що визначають ефективність адаптації: характеристики особистості, характеристики переходу та соціальна підтримка. Характеристики особистості охоплюють внутрішні ресурси ветерана, когнітивну гнучкість, мотиваційні та емоційні стратегії регуляції, а також здатність до самоконтролю. Характеристики переходу включають передбачуваність, тривалість та контрольованість змін, а також значущість переходу для психічного стану особистості. Соціальна підтримка забезпечує емоційне підкріплення, доступ до інформаційних ресурсів та практичну допомогу, сприяючи процесу інтеграції ветеранів у цивільне середовище.

Transition Theory поєднує когнітивно-поведінкові, гуманістичні та соціально-психологічні підходи, що дозволяє аналізувати адаптацію ветеранів у широкому контексті. Когнітивно-поведінковий компонент акцентує увагу на трансформації негативних переконань, формуванні адаптивних схем мислення та ефективних копінг-стратегій. Гуманістичний аспект підкреслює значення розвитку внутрішніх ресурсів, самореалізації та гармонізації «Я-концепту», а соціально-психологічний — роль колективних цінностей, сімейної та професійної підтримки, а також взаємодії з соціальною спільнотою.

Отже, Transition Theory надає фундаментально обґрунтовану концептуальну платформу для всебічного вивчення процесів адаптації ветеранів, поєднуючи психічні, когнітивні та соціальні аспекти їхнього переходу від військового до цивільного життя. Вона дозволяє не лише систематизувати фактори ризику психічної дезадаптації та соціальної ізоляції, але й виділити потенціал розвитку психологічної стійкості, внутрішньої автономії та соціальної компетентності. У перспективі застосування цієї моделі створює науково обґрунтовану основу для розробки комплексних програм психологічної підтримки, ресоціалізації та професійної реабілітації, які

враховують індивідуальні особливості ветеранів, специфіку їхнього досвіду та соціально-культурний контекст цивільного середовища, сприяючи ефективній інтеграції та гармонізації їхнього життя після служби.

Закордонний досвід адаптації та ресоціалізації ветеранів є важливим джерелом знань для розробки науково обґрунтованих моделей психологічної підтримки та інтеграції колишніх військовослужбовців у цивільне життя. Аналіз практик США, Ізраїлю та Великої Британії демонструє різні підходи до організації адаптаційних програм, що враховують національні особливості соціальних систем, військових структур та культурних контекстів.

В Сполучених Штатах Америки система ресоціалізації ветеранів характеризується високим рівнем структурованості та комплексності, що охоплює медичну, психологічну та соціально-професійну підтримку. Ветеранські служби (напр., Department of Veterans Affairs) забезпечують доступ до психотерапевтичних програм для осіб із посттравматичним стресовим розладом, депресивними та тривожними станами, а також до професійної орієнтації та перекваліфікації. Ключовим компонентом адаптаційних програм є когнітивно-поведінкова терапія, групові тренінги з розвитку соціальних та комунікативних навичок, а також програми підтримки сімей ветеранів. Дослідження американських науковців (напр., З. Соломона, Р. Декеля та Г. Зераха [57]) свідчать, що комплексна підтримка сприяє зниженню рівня психічної дезадаптації, формуванню стійких адаптивних стратегій та ефективній інтеграції ветеранів у цивільне життя.

Велика Британія застосовує комплексний підхід, який поєднує державні, громадські та волонтерські ініціативи для підтримки ветеранів. Основними компонентами є медико-психологічна допомога, програми професійної перекваліфікації, наставництво та соціальна підтримка через ветеранські організації, такі як The Royal British Legion та Combat Stress. Британські програми відзначаються індивідуалізованим підходом до оцінки потреб ветеранів та адаптації заходів під конкретні психоемоційні та соціальні умови.

Дослідження Л.Г. Калхуна підтверджують ефективність поєднання медико-психологічних та соціально-освітніх програм у зниженні рівня тривожності, депресивних симптомів та підвищенні соціальної інтеграції ветеранів [34].

Міжнародний досвід адаптації демонструє три взаємопов'язані рівні організації програм, що є спільними для усіх трьох країн, хоча пріоритети та акценти відображають національні особливості. Перший рівень – психологічна підтримка, яка включає психотерапевтичні інтервенції, роботу з травматичним досвідом, розвиток копінг-стратегій та емоційної регуляції. Другий рівень – соціальна інтеграція, що передбачає підтримку сім'ї, професійних та громадських спільнот, розвиток соціальних навичок та участь у програмах наставництва. Третій рівень – професійна реабілітація та перекваліфікація, яка включає підготовку до цивільного працевлаштування, освітні програми, сертифікацію та розвиток кар'єрних навичок. У США цей рівень інтегрований через комплексні програми професійного консультування, в Ізраїлі — поєднаний із колективною інтеграцією військової ідентичності, а в Великій Британії — синтезований із медико-психологічною підтримкою та наставництвом.

Міжнародний досвід підтверджує, що ефективна адаптація та ресоціалізація ветеранів є комплексним, інтегрованим процесом, який поєднує психологічне відновлення, соціальну інтеграцію та професійний розвиток. Успішність адаптаційних процесів визначається не лише наявністю цих компонентів, а й рівнем їх інтеграції, індивідуалізацією підходів до потреб конкретного ветерана та врахуванням соціокультурного контексту цивільного життя. Такий підхід дозволяє мінімізувати ризики психічної дезадаптації, формувати стійкі адаптивні стратегії, стимулювати розвиток внутрішніх ресурсів особистості та забезпечувати ефективну інтеграцію колишніх військовослужбовців у цивільне життя, що підтверджує високу ефективність комплексних програм ресоціалізації у закордонній практиці.

Проблематика адаптації ветеранів в Україні є надзвичайно актуальною у контексті тривалого збройного конфлікту, високого рівня психотравматичних факторів та необхідності оперативної інтеграції військовослужбовців у цивільне життя. Український контекст вирізняється поєднанням соціально-політичних, економічних та культурних детермінант, що безпосередньо впливають на ефективність процесів ресоціалізації та психологічної адаптації. Характерною особливістю національної системи підтримки є її фрагментарність та відносна новизна, що обмежує координацію між державними структурами, громадськими організаціями та медико-психологічними службами, створюючи додаткові бар'єри для комплексної інтеграції ветеранів.

Психологічна дезадаптація українських ветеранів проявляється у високому рівні посттравматичного стресового розладу, тривожних і депресивних станів, когнітивній ригідності та порушеннях соціальної функціональності. Соціальна дезадаптація, у свою чергу, виявляється через труднощі професійної реінтеграції, обмеження соціальних контактів та відчуження від сімейного та громадського середовища. Вітчизняні дослідження (напр., [9; 21; 26; 30;]) підкреслюють, що обмежена системність державних програм психологічної підтримки та відсутність комплексних мір ресоціалізації значно ускладнюють процес адаптації, що потребує науково обґрунтованого та інтегрованого підходу.

Сучасна практика адаптації в Україні охоплює декілька основних напрямів: психотерапевтичну та психокорекційну роботу, соціальну підтримку через громадські організації та ветеранські спільноти, а також професійну реабілітацію та перекваліфікацію. Незважаючи на наявність окремих ініціатив, відсутність системної інтеграції цих компонентів ускладнює формування ефективного механізму ресоціалізації. Порівняння з міжнародним досвідом засвідчує, що успішні програми адаптації мають поєднувати психоемоційну підтримку, соціальну інтеграцію та професійну підготовку з індивідуалізацією

заходів відповідно до особистісних та контекстуальних характеристик ветеранів.

Серед ключових викликів української системи адаптації виділяються низький рівень координації державних і громадських ініціатив, обмежене фінансування, нерівномірний доступ до спеціалізованих програм у регіонах та соціальна стигматизація психічних порушень серед цивільного населення. Також значну роль відіграє недостатнє розуміння специфіки військового досвіду та його впливу на психологічну і соціальну функціональність ветеранів.

Перспективи розвитку національної системи адаптації потребують реалізації багаторівневого, інтегрованого підходу, що включає: створення єдиної державної платформи координації програм ресоціалізації; впровадження комплексних психосоціальних та професійних програм, які враховують психоемоційні, когнітивні та соціальні потреби ветеранів; розвиток мережі громадських ініціатив, наставництва та волонтерських програм; підвищення кваліфікації фахівців у сфері психологічної та соціальної підтримки.

Отже, український контекст адаптації ветеранів характеризується специфічним поєднанням психосоціальних, економічних та культурних детермінант, що визначають особливості ресоціалізаційних процесів. Сучасні виклики та обмеження вимагають системного, науково обґрунтованого та багаторівневого підходу, який забезпечить координацію державних і громадських ініціатив, інтеграцію психологічної, соціальної та професійної підтримки та розвиток внутрішніх ресурсів ветеранів для ефективної інтеграції у цивільне та соціальне середовище.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

Психологічна адаптація ветеранів війни до цивільного життя є багатовимірним процесом, що охоплює внутрішні психологічні механізми, соціальні взаємодії та культурні контексти. Аналіз наукових підходів демонструє, що адаптація не обмежується простим пристосуванням до змін

зовнішнього середовища, а виступає активним, динамічним процесом узгодження особистісних ресурсів, когнітивних схем, емоційної регуляції та соціальних очікувань.

Розмежування понять «соціальна адаптація», «психологічна адаптація» та «ресоціалізація» дозволяє виділити окремі аспекти пристосування індивіда: соціальна адаптація визначає зовнішні взаємодії та інтеграцію у соціальне середовище, психологічна — внутрішні когнітивно-емоційні механізми досягнення рівноваги, а ресоціалізація забезпечує повторне входження у соціальні структури після дезадаптації чи травми. У взаємозв'язку ці процеси формують цілісність функціонування особистості та її здатність до розвитку і самореалізації.

Особливості військового досвіду суттєво впливають на психіку ветеранів. Постійний стрес, небезпека, вимоги колективної взаємодії та переживання травматичних подій формують специфічні когнітивно-поведінкові, емоційні та ціннісні патерни. Ці зміни можуть підвищувати психічну стійкість, розвивати ефективні механізми саморегуляції та лідерські компетенції, водночас створюючи ризики посттравматичного стресового розладу, тривожних і депресивних станів, порушень когнітивної гнучкості та соціальної інтеграції.

Формування військової ідентичності та специфічного світогляду ветеранів визначається інтеграцією бойового досвіду, професійних норм та внутрішніх ресурсів особистості. Когнітивні, емоційні, поведінкові та ціннісно-моральні компоненти взаємодіють, створюючи комплексну психологічну організацію, яка забезпечує високу ефективність у військовому середовищі, але потребує трансформації для успішної адаптації до цивільного життя.

Комплексний підхід до вивчення адаптації ветеранів включає інтеграцію психологічних, соціологічних та клініко-психологічних методів, що дозволяє оцінити взаємозв'язок між травматичним досвідом, внутрішніми ресурсами, копінг-стратегіями та соціальною підтримкою. Успішна адаптація передбачає

розвиток психологічної стійкості, ефективних стратегій подолання стресу, відновлення соціальної інтеграції та формування нової ідентичності в цивільному контексті.

Теоретичні засади вивчення адаптації ветеранів війни підкреслюють її багаторівневу, динамічну та інтегративну природу, а також важливість комплексного підходу, що враховує індивідуальні, соціальні та культурні чинники для забезпечення ефективного ресоціалізаційного процесу.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ АДАПТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ

2.1. Організація та методи дослідження

Емпіричне дослідження було проведено з метою виявлення психологічних особливостей адаптації ветеранів війни до умов цивільного життя. Необхідність його реалізації зумовлена тим, що після участі у бойових діях багато військовослужбовців стикаються зі складними психологічними наслідками, які ускладнюють процес повернення до цивільного середовища. Досвід війни пов'язаний із підвищеним рівнем стресу, небезпекою, втратою близьких і глибокими змінами у світогляді, що може призводити до формування посттравматичних симптомів, емоційної напруги та труднощів соціальної адаптації [23]. У зв'язку з цим актуальним є дослідження внутрішніх психологічних механізмів, які впливають на успішність адаптації ветеранів, та визначення чинників, що сприяють стабілізації їхнього психоемоційного стану.

Метою емпіричного дослідження стало вивчення взаємозв'язків між рівнем посттравматичного стресу, показниками тривожності та характером копінг-стратегій ветеранів війни. Для досягнення поставленої мети передбачалося визначити рівень вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу, дослідити показники ситуативної та особистісної тривожності, виявити домінуючі копінг-стратегії, а також встановити взаємозв'язки між цими змінними як факторами психологічної адаптації. Гіпотеза дослідження полягала в припущенні, що успішність адаптації ветеранів війни до мирного життя залежить від інтенсивності посттравматичних симптомів, рівня тривожності та характеру застосовуваних копінг-стратегій. Очікувалося, що ветерани, які використовують конструктивні, проблемно-орієнтовані стратегії подолання стресу, характеризуватимуться

нижчими показниками посттравматичного стресу та тривожності, що свідчатиме про ефективні адаптаційні механізми.

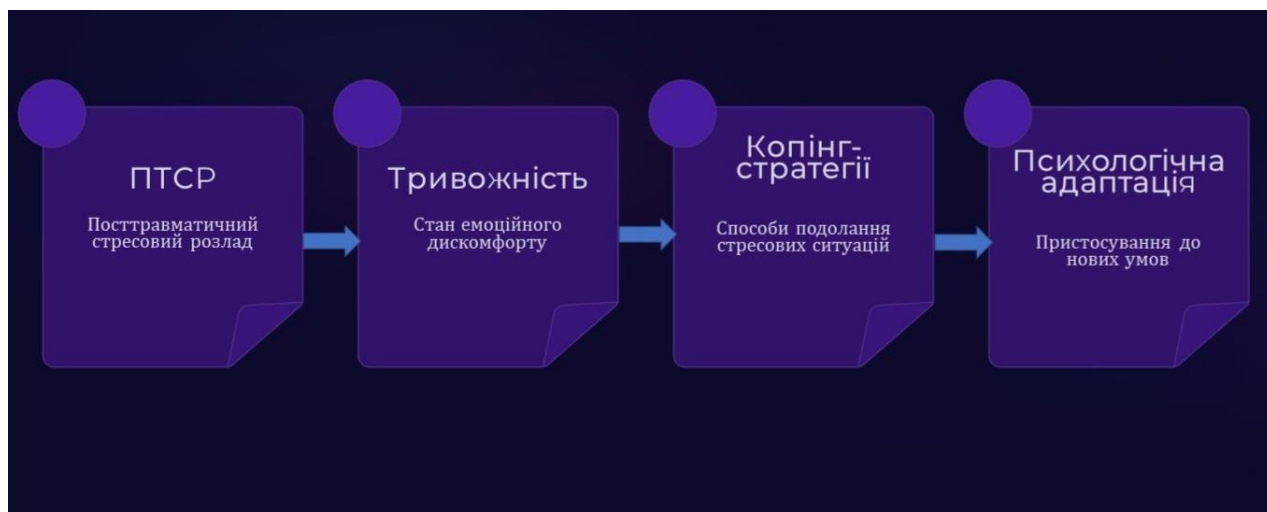


Рис. 2.1. Схематична модель взаємозв'язку посттравматичної симптоматики, тривожності, копінг-стратегій і психологічної адаптації ветеранів

Як показано на рисунку 2.1, посттравматична симптоматика зумовлює підвищення рівня тривожності, що, у свою чергу, впливає на вибір копінг-стратегій і визначає рівень психологічної адаптації ветерана.

Дослідження проводилося упродовж 2025 року в дистанційному форматі за допомогою сервісу Google Forms, що забезпечило анонімність, стандартизованість умов і зручність участі респондентів. Перед початком дослідження кожному учаснику було надано детальне пояснення мети, змісту й порядку проведення тестування, а також гарантії конфіденційності результатів. Усі учасники надали добровільну інформовану згоду на участь у дослідженні. До вибірки увійшло 30 ветеранів війни, демобілізованих із лав Збройних Сил України після участі у бойових діях. Вік респондентів становив від 25 до 61 років. Добір здійснювався за принципом цілеспрямованої вибірки. Основними критеріями відбору були: наявність бойового досвіду, добровільна згода на участь, відсутність гострих психічних розладів та здатність адекватно виконувати умови тестування.

Таблиця 2.1.

Характеристика вибірки дослідження

| Показник | Значення | Відсоток |
|-------------------------|--|--------------------------------------|
| Кількість респондентів | 30 ветеранів | 100 % |
| Стать | Чоловіки - 30 | 100 % |
| Віковий діапазон | 25–40 років - 18 41–50 років - 8 51–61 років - 4 | 60% 26,7% 13,3% |
| Стаж військової служби | Менше 1 року - 4 1–3 роки - 15 3–5 років - 8 понад 5 років - 3 | 13,3 % 50,0 % 26,7 % 10,0 % |
| Участь у бойових діях | Так - 28 Ні - 2 | 93,3 % 6,7 % |
| Час після демобілізації | Менше 6 міс. - 12 6–12 міс. - 11 1–3 роки - 3 понад 3 роки - 4 | 40,0 % 36,7 % 10,0 % 13,3 % |
| Рід занять | Працюють - 11 Безробітні - 13 Навчаються - 4 Відновлення/реабілітація - 2 | 36,7 % 43,3 % 13,3 % 6,7 % |

Як видно з таблиці 2.1, вибірку дослідження становлять 30 ветеранів війни чоловічої статі віком від 25 до 61 року. Найчисленнішою є група учасників віком 25–40 років (60%), що свідчить про переважання молодших демобілізованих військовослужбовців. Переважна більшість брала участь у бойових діях (93,3%), а за професійним статусом респонденти поділилися між тими, хто працює, тимчасово безробітний або відновлюється/реабілітується. Така структура вибірки є репрезентативною для сучасного контингенту ветеранів, які повернулися до цивільного життя протягом останніх кількох років.

Для реалізації мети дослідження було використано три валідні психодіагностичні методики, адаптовані у форматі онлайн-опитування.

Першою методикою виступила «Шкала посттравматичного стресу» (PCL-5) — стандартизований інструмент для кількісного вимірювання рівня вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу відповідно до діагностичних критеріїв DSM-5 [40, С. 117]. Опитувальник містить 20 тверджень, що охоплюють основні симптоми ПТСР: нав'язливі спогади, нічні кошмари, уникання ситуацій, що нагадують про травматичний досвід, емоційне відчуження, дратівливість, гіперзбудження та порушення сну. Респонденти оцінюють частоту прояву кожного симптому за п'ятибальною шкалою: 0 — «ніколи», 1 — «зрідка», 2 — «іноді», 3 — «часто», 4 — «дуже часто». Сумарний бал відображає загальний рівень посттравматичного стресу: низький (0–19 балів), помірний (20–39 балів) або високий (40 балів і вище). Ця шкала дала змогу визначити ступінь емоційної напруженості та наявність симптомів ПТСР, які можуть бути чинниками психологічної дезадаптації.

Другою застосованою методикою була методика діагностики рівня тривожності Спілбергера–Ханіна, спрямована на вимірювання двох типів тривожності — ситуативної та особистісної [5, С. 478]. Ситуативна тривожність відображає реакцію особистості на поточні життєві обставини, тоді як особистісна характеризує стабільну схильність до переживання тривоги. Опитувальник складається з 40 тверджень, які поділяються на два блоки по 20 питань. Відповіді оцінюються за чотирибальною шкалою: 1 — «ніколи», 2 — «іноді», 3 — «часто», 4 — «постійно». За результатами розраховується окремий показник ситуативної та особистісної тривожності. Високі бали свідчать про емоційну напруженість, підвищену чутливість до стресу й труднощі адаптації; середні — про гнучкість емоційного реагування; низькі — про емоційну стабільність і впевненість у собі. Застосування цієї методики дозволило оцінити рівень тривожності ветеранів як ключовий емоційний компонент їхньої адаптації.

Третьою методикою став тест копінг-стратегій Р. Лазаруса, який дає змогу визначити провідні стратегії подолання стресу та способи реагування на

складні життєві обставини [43, С. 397]. Методика базується на концепції копіngu як усвідомленої поведінки, спрямованої на збереження психологічної рівноваги. Опитувальник містить перелік суджень, що описують різні типи поведінкових і когнітивних реакцій. За результатами тестування визначаються три основні групи стратегій: проблемно-орієнтовані (планування, пошук вирішення, звернення по підтримку), емоційно-орієнтовані (вираження емоцій, уникання, самозвинувачення) та унікальні (ігнорування проблеми, втеча від труднощів, заперечення ситуації). Ця методика дала змогу з'ясувати, які саме копіng-механізми переважають у поведінці ветеранів — активні, що сприяють адаптації, чи пасивні, які підвищують ризик дезадаптації.

Застосування зазначених методик у комплексі забезпечило багатовимірний підхід до вивчення проблеми адаптації ветеранів війни. Шкала PCL-5 дозволила оцінити когнітивно-емоційний компонент адаптації, методика Спілбергера—Ханіна — емоційний стан і рівень напруження, а тест Лазаруса — поведінкові та особистісні механізми подолання стресу. Таке поєднання дало змогу отримати цілісну картину внутрішніх і зовнішніх ресурсів ветеранів, що визначають їхню здатність до психологічного відновлення.

Опрацювання отриманих результатів здійснювалося методами математико-статистичного аналізу — зокрема, описової статистики та кореляційного аналізу для встановлення взаємозв'язків між показниками посттравматичного стресу, тривожності та копіng-стратегій. Розрахунки проводилися із використанням програмного забезпечення Microsoft Excel, що забезпечило об'єктивність і достовірність отриманих результатів.

Під час проведення дослідження дотримувалась всіх етичних принципів психологічної науки. Участь респондентів була добровільною, анонімною та безпечною. Усі дані оброблялися у знеособленому вигляді й використовувалися виключно з науковою метою. Формулювання питань у Google-формі було

адаптовано так, щоб уникнути повторної травматизації учасників і створити максимально комфортні умови для самооцінки власного стану.

Таким чином, організація та методичне забезпечення дослідження дали змогу отримати достовірні емпіричні дані про психологічні особливості адаптації ветеранів війни до умов мирного життя. Отримані результати стали підґрунтям для подальшого кількісного та якісного аналізу, поданого у наступному підрозділі.

2.2. Аналіз результатів дослідження

На основі отриманих емпіричних даних було проаналізовано психологічні характеристики ветеранів війни, що дозволило визначити особливості їх адаптації до мирного життя після перебування у бойових діях. Основна увага приділялася рівню посттравматичної симптоматики, показникам тривожності та характеру копінг-стратегій, які у теоретичній парадигмі стресу розглядаються як взаємопов'язані компоненти психічної регуляції поведінки.

Загальний аналіз відповідей учасників засвідчив наявність у частини ветеранів підвищеної емоційної напруги, що проявляється в ознаках посттравматичного стресу, зокрема гіпервозбудженні, нав'язливих спогадах та унікальній поведінці. Такі симптоми поєднуються з тривожними переживаннями, що можуть виступати як наслідком, так і підтримувальним чинником посттравматичного реагування. При цьому виявлено тенденцію до переважання пасивних способів подолання стресу, що характеризуються униканням труднощів, зниженням соціальної активності й відкладенням вирішення проблем, що ускладнює психічне відновлення.

Для з'ясування структурної взаємодії між досліджуваними параметрами було проведено кореляційний аналіз за коефіцієнтом Пірсона [7, С. 67]. Узагальнені результати наведені у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

Кореляційні взаємозв'язки між рівнями посттравматичної симптоматики, тривожності та копінг-стратегіями ветеранів (коефіцієнт Пірсона)

| Змінна | ПТСР | Тривожність | Активні копінги | Пасивні копінги | Вік |
|-----------------|-------------|--------------------|------------------------|------------------------|------------|
| ПТСР | 1,00 | 0,66** | -0,16 | 0,56** | 0,13 |
| Тривожність | 0,66** | 1,00 | 0,07 | 0,40* | 0,07 |
| Активні копінги | -0,16 | 0,07 | 1,00 | 0,03 | 0,30 |
| Пасивні копінги | 0,56** | 0,40* | 0,03 | 1,00 | 0,19 |
| Вік | 0,13 | 0,07 | 0,30 | 0,19 | 1,00 |

Примітка: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Отримані результати кореляційного аналізу свідчать про наявність статистично значущих зв'язків між симптомами посттравматичного стресового розладу та рівнем тривожності ($r=0,66$; $p<0,01$), а також між ПТСР і пасивними копінг-стратегіями ($r=0,56$; $p<0,01$). Це вказує на те, що уникання, пригнічення емоцій та ізоляція сприяють підвищенню інтенсивності травматичних переживань.

Водночас зв'язок між ПТСР і активними копінгами є слабким і статистично незначущим ($r=-0,16$; $p>0,05$), що дозволяє припустити недостатнє використання адаптивних механізмів подолання стресових ситуацій у вибірці. Також встановлено помірний зв'язок між тривожністю та пасивними копінг-стратегіями ($r=0,40$; $p<0,05$), що підтверджує їх дезадаптивний характер.

Аналіз кореляційних зв'язків виявив статистично значущу асоціацію між рівнем посттравматичного стресу та тривожністю, що свідчить про системну взаємодію цих двох конструктів у процесі адаптації: посилення симптомів ПТСР супроводжується зростанням емоційного напруження. Також встановлено прямий зв'язок між ПТСР і пасивними копінг-стратегіями, що підтверджує дезадаптивний характер унікальної поведінки у ветеранів. Натомість активні копінг-стратегії демонструють тенденцію до зворотного зв'язку з посттравматичними симптомами, хоч і без статистичної значущості у межах цієї вибірки, що дозволяє розглядати їх як перспективний адаптаційний ресурс.

З метою підвищення інтерпретаційної наочності результати кореляційного аналізу подано у вигляді теплової карти, що дає змогу візуально диференціювати найсильніші взаємозв'язки між змінними та виокремити показники з найбільшим ризиком дезадаптації.

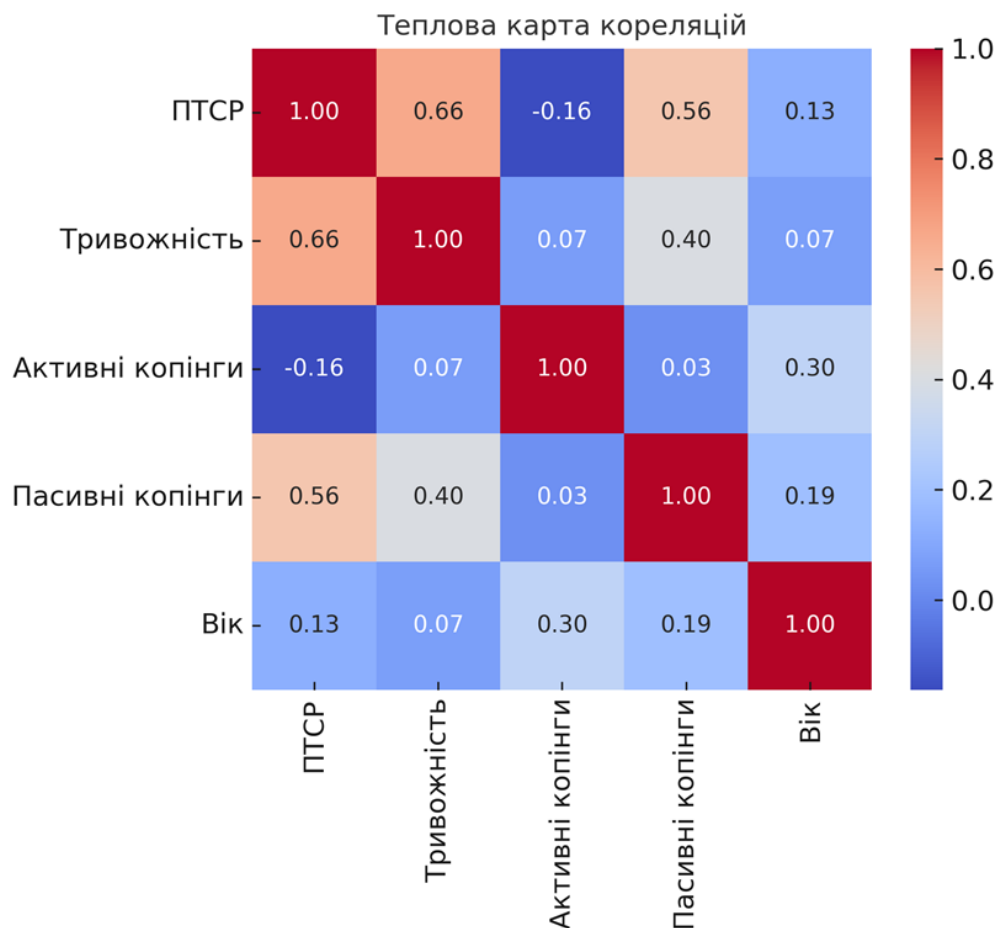


Рис. 2.2. Теплова карта кореляцій.

Теплова карта кореляцій (Рис. 2.2.) наочно демонструє структурну організацію психологічних зв'язків між показниками посттравматичного стресу, тривожності та копінг-стратегій у ветеранів. Інтенсивність кольорового забарвлення відображає силу кореляцій, а його відтінок визначає напрям асоціації. Найбільш насичені червоні сегменти спостерігаються у комірках, що відображають взаємозв'язок посттравматичних симптомів із тривожністю та пасивними копінг-стратегіями. Це вказує на їхню домінуючу роль у формуванні дезадаптивного посттравматичного профілю.

Червоний колір у комірці, що поєднує показники ПТСР і тривожності, підтверджує їх високий прямий зв'язок: із посиленням посттравматичної симптоматики зростає інтенсивність тривожних переживань. Таке поєднання вказує на те, що пережитий травматичний досвід не завершився психологічно та продовжує впливати на поточний емоційний стан ветеранів, провокуючи стійку гіпернастороженість і внутрішню напругу.

Інша інтенсивно забарвлена червона комірка, що демонструє зв'язок ПТСР із пасивними копінгами, відображає дезадаптивний механізм регуляції: чим більше людина уникає травматичних нагадувань та соціальної активності, тим інтенсивнішими є симптоми посттравматичного стресу. У психологічній практиці це описують як «цикл самоутримання симптомів», коли уникнення стає фактором підтримання і повторного переживання травматичних реакцій.

Натомість комірки, що відображають зв'язки між активними копінг-стратегіями та ПТСР, мають світлі відтінки. Це свідчить про слабкий і статистично незначущий ефект захисного потенціалу активного копіngu в межах досліджуваної вибірки, що узгоджується з гіпотезою про недостатню сформованість конструктивних стратегій подолання стресу у ветеранів на етапі

адаптації. Подібна картина спостерігається й у зв'язках активного копіngu з тривожністю.

Кореляції віку з іншими змінними представлені нейтральними відтінками, що вказує на відсутність суттєвих асоціацій. Це підтверджує припущення про те, що віковий чинник не є визначальним у формуванні адаптаційного потенціалу ветеранів: адаптаційні труднощі притаманні як молодшим, так і старшим респондентам.

Теплова карта дозволяє зробити не менш важливий висновок, що у структурі адаптаційних процесів ветеранів центральними є показники емоційної дезрегуляції та унікальної поведінкової відповіді. Посттравматичні симптоми, тривожність та пасивні стратегії подолання утворюють єдину психодинамічну систему, яка підтримує внутрішній стрес і перешкоджає переходу до здоровішого способу адаптації. Цей результат наочно підкреслює необхідність раннього застосування психологічних інтервенцій, спрямованих на розвиток активних форм копіngu, відновлення соціальної взаємодії та зниження рівня тривожності.

Візуальний розподіл показників підтверджує ключову роль емоційної напруги й дезадаптивних копіng-стратегій у підтриманні посттравматичного стану. Сформований взаємозв'язок цих конструктів може бути описаний як психологічний механізм «самопідсилення», за якого уникання травматичних стимулів знижує можливість когнітивної переробки досвіду, а підвищена тривожність підтримує високу чутливість до тригерів бойової пам'яті. Таке поєднання створює ризик хроніфікації посттравматичних реакцій і вказує на потребу ранньої профілактичної психологічної інтервенції.

Узагальнюючи результати аналізу, можна стверджувати, що ступінь успішності адаптації ветеранів визначається передусім інтенсивністю емоційної дезрегуляції та домінуванням унікальних стратегій подолання, які

перешкоджають відновленню контролю над власним психічним станом. Водночас розвиток активних копінг-стратегій, сприяння соціальній підтримці та зниження рівня тривожності є визначальними напрямками психологічного супроводу ветеранів, що повертаються до цивільного життя.

2.3. Інтерпретація результатів дослідження

Інтерпретація результатів емпіричного дослідження дозволяє встановити цілісну систему психологічних механізмів адаптації ветеранів війни, що повертаються до умов цивільного життя після перебування у зоні бойових дій. Виявлені кореляційні залежності підтверджують, що психологічні наслідки бойової травматизації не обмежуються окремими симптомами, а формують стійку динамічну структуру, у межах якої емоційні дисфункції, поведінкові стратегії та когнітивні механізми взаємно підсилюють один одного. Це відповідає біопсихосоціальній моделі ПТСР, відповідно до якої наслідки екстремального стресу проявляються одночасно на рівні нервової регуляції, емоційної сфери, самоорганізації поведінки та соціального функціонування особистості [20, С. 2].

Сильний прямий зв'язок між вираженістю симптомів посттравматичного стресу та інтенсивністю тривожності засвідчує, що емоційна система ветеранів функціонує у режимі хронічного підвищеного збудження. Цей ефект є наслідком тривалого перебування в умовах бойової загрози, коли системи адаптивного реагування надмірно активізуються, а згодом не повертаються до базового рівня функціонування, навіть за відсутності реальної небезпеки. У термінах нейропсихологічних концепцій, відбувається дисфункція амігдало-гіпокампальної системи, що призводить до неконтрольованої актуалізації травматичних спогадів і некоректної інтерпретації нейтральних стимулів як небезпечних [9, С. 103]. Відповідно, ПТСР та тривожність виступають не лише

супутніми станами, а єдиноматеринською системою реагування, що перешкоджає поверненню до психологічної рівноваги.

Значущий позитивний зв'язок між симптоматикою ПТСР і пасивними копінг-стратегіями вказує на те, що уникання стресових ситуацій, емоційна ізоляція та придушення почуттів виступають основними поведінковими механізмами, які використовуються ветеранами для зниження пережитої напруги. Проте з позицій когнітивно-поведінкової теорії така форма копіngu є дезадаптивною, адже не лише не сприяє опрацюванню травматичного досвіду, але й поглиблює його вплив, блокуючи перехід до стадії психологічної інтеграції. Як наслідок, уникання стає механізмом підтримання патологічного стану, формуючи замкнений цикл: травма → уникання → посилення травматичної симптоматики → подальше уникання. Це підтверджує необхідність цілеспрямованої психотерапевтичної роботи з зниженням рівня унікальної поведінки та нормалізацією соціальної взаємодії.

Виявлена тенденція до зворотного зв'язку між активними копінг-стратегіями та посттравматичними реакціями відображає їх потенційну резиліентну функцію. Активний копінг, заснований на пошуку конструктивних рішень, відновленні контролю над ситуацією, орієнтації на соціальну підтримку та переоцінку власного досвіду, розглядається як ключовий адаптивний ресурс. Однак те, що цей зв'язок виявився статистично слабким, може свідчити про те, що активні механізми подолання або ще не відновлені після бойового досвіду, або перебувають на етапі зародження і вимагають терапевтичного зміцнення. Це узгоджується з теорією травматичного перевантаження, згідно з якою надмірна інтенсивність стресової події перевищує можливості психіки ефективно опиратися негативному впливу без зовнішніх психологічних і соціальних ресурсів [3, С. 20].

Незначні кореляції віку з іншими показниками свідчать про універсальний характер виявлених механізмів: травматична реакція не залежить від біологічної зрілості чи тривалості життєвого досвіду. Це підтверджує підхід

сучасної клінічної психології, за яким провідним чинником у формуванні ПТСР є інтенсивність і суб'єктивна значущість травматичного досвіду, а не особистісні чи соціально-демографічні характеристики [11].

Синтезуючи результати, можна констатувати, що адаптація ветеранів відбувається у рамках системи, де ПТСР, тривожність та пасивні копінг-стратегії утворюють єдиний комплекс патогенних взаємозв'язків, який підтримує емоційний дистрес, звужує поведінкові можливості та блокує повернення до соціально активної життєвої позиції. У свою чергу, активні копінг-стратегії формують протилежну, протекторну лінію впливу та мають бути визначені як центральний об'єкт реабілітаційних заходів.

Результати дослідження підкреслюють необхідність комплексного й довготривалого психологічного супроводу ветеранів війни, спрямованого на формування стресостійкості, модифікацію унікальної поведінки, розвиток навичок емоційної саморегуляції, а також активне залучення до підтримувальних соціальних мереж. Реабілітаційні програми мають не лише компенсувати наслідки травматизації, але й формувати механізми посттравматичного зростання, що дозволить ветеранам інтегрувати досвід війни у структуру власної ідентичності та забезпечити повноцінне функціонування в цивільному житті.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Емпіричне дослідження психологічних особливостей адаптації ветеранів війни до умов цивільного життя засвідчило інтегральний характер взаємодії посттравматичної симптоматики, тривожності та копінг-поведінки як ключових детермінантів післявоєнної реінтеграції. Встановлений прямий зв'язок між рівнем ПТСР та інтенсивністю тривожних переживань відображає збереження стану внутрішньої загрози та стійкої дисрегуляції афективних процесів після припинення реального бойового впливу. Кореляційна залежність між ПТСР і пасивними копінг-стратегіями підтверджує дезадаптивну природу унікальної

поведінки, яка перешкоджає когнітивному опрацюванню травматичного досвіду, сприяє рецидиву травматичних симптомів і ускладнює повернення до соціально активної життєвої позиції. Натомість активні копінг-стратегії продемонстрували ознаки захисного потенціалу, однак їхня недостатня вираженість свідчить про зниження адаптаційних ресурсів ветеранів та необхідність цілеспрямованого розвитку конструктивних механізмів стрес-долаючої поведінки.

Соціально-демографічні характеристики, зокрема вік, не виявили статистично значущого впливу на основні психологічні показники, що засвідчує універсальність посттравматичних змін незалежно від етапу життєвого циклу. Узагальнений емпіричний матеріал підтверджує гіпотезу дослідження і співвідноситься з біопсихосоціальною моделлю адаптації, за якою трансформація психічного стану після бойового досвіду визначається взаємодією емоційних, когнітивних і поведінкових механізмів у контексті доступності підтримувальних соціальних ресурсів.

Результати дослідження підтверджують гіпотезу щодо системного характеру психологічної адаптації ветеранів, у якій емоційні, когнітивні й поведінкові компоненти перебувають у взаємодії та можуть формувати як адаптивні, так і дезадаптивні траєкторії відновлення. А також, відсутність суттєвих зв'язків між соціально-демографічними характеристиками та ключовими психологічними показниками підкреслює універсальність виявлених закономірностей у межах досліджуваної вибірки.

РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ ШЛЯХИ ТА УМОВИ УСПІШНОЇ АДАПТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ

3.1. Психологічна допомога та підтримка ветеранів

Надання індивідуальної психотерапевтичної допомоги ветеранам війни доцільно розглядати як клініко-психологічне втручання, спрямоване на оптимізацію взаємопов'язаних нейропсихологічних, афективних, когнітивних і поведінкових механізмів, що утримують посттравматичну симптоматику. Центральним методологічним підґрунтям виступає когнітивно-поведінкова парадигма, відповідно до якої травматичний досвід призводить до формування жорстких дисфункційних схем небезпеки, безпорадності та гіперконтролю, а також до підтримання унікальної поведінки, яка перериває природні процеси інтеграції травматичних спогадів. На нейропсихологічному рівні йдеться про гіперактивацію лімбічних структур, насамперед амігдали, дисрегуляцію гіпокампальних процесів контекстуалізації пам'яті та зниження регуляторної ролі префронтальної кори; така конфігурація підсилює гіперпильність, інтероцептивну загрозливість і тілесні маркери тривоги, що підтримують коло «загроза—уникання—сенсibilізація» [14, С. 7].

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) у роботі з наслідками бойової травматизації реалізується як структуроване, часово обмежене втручання з індивідуальною клінічною формуляцією. Початкова фаза включає комплексну оцінку симптоматики, функціонування і ризиків, психоедукацію щодо природи посттравматичних реакцій та індикацію цілей лікування; на цьому етапі визначаються цільові кластери симптомів, провідні тригери, форми уникання та супутні розлади (депресивні, тривожні, соматоформні), а також окреслюється «вікно толерантності» як допустимий діапазон емоційної активації під час терапевтичної роботи. Стабілізаційна частина включає навчання технік саморегуляції (повільне діафрагмальне дихання, прогресивна м'язова

релаксація, методи заземлення, майндфулнес-практики), формування навичок управління увагою та тілесними реакціями, побудову плану безпеки і кризового протоколу. Когнітивний модуль передбачає ідентифікацію автоматичних думок, виявлення і логічну верифікацію когнітивних дисторсій (катастрофізація, гіперузагальнення, персоналізація, хибні умовиводи), реконструкцію травматичних переконань щодо себе, інших і світу та інсталяцію альтернативних, функціонально адаптивних інтерпретацій. Поведінковий компонент реалізується через експозиційні ідентифікаційні протоколи з поступовою десенситизацією до внутрішніх і зовнішніх тригерів, пов'язаних із травмою, а також через поведінкову активацію, планування проблемно-орієнтованих дій і тренінг навичок соціальної взаємодії, а очікуваний ефект полягає у так званому «демонтажі» уникання, відновленні навчання безпеці та формуванні нових асоціативних зв'язків «стимул— відповідь» із зниженим афективним навантаженням [27, С. 116-117].

У межах травмо-фокусованої КПТ (TF-CBT) провідне значення має побудова когерентного травматичного наративу. Структуроване відтворення події за принципами контрольованої уявної експозиції з поетапною модерацією рівня афекту, що в свою чергу сприяє реконсолідації пам'яті та перевизначенню травматичних значень. Паралельно ведеться когнітивна переробка атрибутів таких як, провина, сором та оцінка власної ефективності, що знижує вторинні емоційні наслідки травматизації та запобігає формуванню хронічної ідентичності «травмованого суб'єкта» [15, С. 28]. У випадках, де домінують феномени нав'язливого пригадування, флешбеків і нічних жахів, доречне поєднання експозиційних процедур із сенсорними техніками регуляції збудження і планом поступового повернення до діяльності, яка систематично була обмежена внаслідок уникання.

Доказово обґрунтованим інструментом репроцесингу травматичних слідів є EMDR-терапія (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), теоретично заснована на моделі адаптивної переробки інформації. Стандартний

восьмифазовий протокол охоплює клінічну діагностику і планування мішеней, підготовку та стабілізацію, оцінювання конфігурації уявлень «образ—когніція—афект—соматичний маркер», десенситизацію з використанням двобічної стимуляції, інсталяцію позитивної когніції, сканування тілесних відчуттів, закриття сесії та повторну оцінку на початку наступної зустрічі. Механізм дії пояснюється поєднанням перезавантаження робочої пам'яті, зниженням афективної валентності через подвійний фокус уваги та відновленням доступу до адаптивних мереж пам'яті; результатом є редукція емоційної реактивності на травматичні уявлення, зменшення інтенсивності інтрузій, нормалізація тілесних реакцій тривоги й відновлення здатності до цілісної когнітивної інтеграції пережитого [33, Р. 51-52].

Клінічна безпека при індивідуальній роботі з бойовою травматизацією вимагає розгорнутої оцінки протипоказань і факторів ризику. До тимчасових обмежень належать гострі психотичні стани, нестабільні суїцидальні наміри, тяжка хімічна залежність без ремісії, виражена дисоціативна симптоматика без базової стабілізації, неконтрольовані епілептичні напади та тяжкі когнітивні дефіцити після черепно-мозкової травми [31, Р. 171]. Перед стартом травма-фокусованих процедур необхідно забезпечити достатній рівень стабілізації, сформувати навички самозаспокоєння, узгодити план дій на випадок кризової ескалації та встановити межі інтенсивності експозиції. Етичний контур втручання включає інформовану згоду зі специфікацією можливих загострень, конфіденційність із урахуванням меж професійної та правової відповідальності, культурну чутливість щодо військових ролей і норм, а також міждисциплінарну координацію з психіатром, сімейним лікарем і соціальними службами у разі коморбідності або потреби фармакотерапії.

Оцінка результатів індивідуальної психотерапії має спиратися на валідні стандартизовані інструменти та мультидоменно відстежувати зміни симптоматики й функціонування. Для моніторингу посттравматичних проявів доцільні шкали типу PCL-5 або клінічне інтерв'ю CAPS; для тривожних і

депресивних симптомів — короткі скринінгові опитувальники; для оцінки якості життя та соціального функціонування — опитувальники узагальненого благополуччя або інструменти оцінки участі в соціальних ролях [19, С. 11]. Доцільно фіксувати зміни у використанні копінг-стратегій, якісні показники комунікації, дотримання режиму сну, структуру працевлаштування та участь у громадських практиках. Терапевтичний контракт має містити максимально чіткі критерії досягнення цілей і алгоритм клінічних рішень у випадку плато ефективності, включно з можливістю модульної перебудови протоколу або направлення на суміжні інтервенції.

Індивідуальна психотерапія набуває максимальної ефективності в інтегрованих маршрутах допомоги, де вона поєднується з фармакотерапією за показаннями (наприклад, при тяжкому гіперарозалі або супутній депресії), сімейно-системною роботою для оновлення взаємодії в найближчому соціальному колі та програмами соціальної реінтеграції, що відновлюють життєві ролі і статусні ресурси ветерана [2, С. 15]. Стратегія лікування має бути адаптивною, чутливою до змін клінічної картини та життєвого контексту, а також узгодженою з принципами травма-інформованого підходу, де пріоритетами виступають безпека, довіра, співучасть і розширення суб'єктності.

Наведений комплекс підходів демонструє, що поєднання когнітивно-поведінкових процедур реконструкції травматичних когніцій, експозиційних і поведінкових технік демонтажу уникання та EMDR-репроцесингу є методологічно і клінічно доцільною траєкторією індивідуальної психотерапії ветеранів, оскільки забезпечує одночасний вплив на пам'ять, емоційну регуляцію, поведінкові патерни й соціальне функціонування та відновлює здатність до стійкої саморегуляції у цивільному середовищі.

Групова психотерапія у роботі з ветеранами війни розглядається як високоефективний формат клініко-психологічного втручання, що одночасно адресує індивідуально-афективні, когнітивно-поведінкові та соціально-

інтерперсональні виміри посттравматичної дезадаптації. Теоретичний фундамент групового підходу поєднує принципи міжособистісної теорії, когнітивно-поведінкової парадигми, психодинамічної концепції травми та травма-інформованої практики [26, С. 301]. Ключовими терапевтичними факторами виступають універсалізація переживань і нормалізація симптомів, формування групової когезії, коригувальний емоційний досвід у безпечному середовищі, інтерперсональний зворотний зв'язок, моделювання адаптивних зразків поведінки, тренування саморегуляції та реконструкція соціальної ідентичності поза воєнною роллю.

Структурування групового процесу передбачає чіткі параметри відбору та композиції. Оптимальним вважається закритий або напівзакритий формат із чисельністю 8–12 учасників та тривалістю 90–120 хвилин із щотижневою періодичністю протягом 8–12 тижнів, з можливістю пролонгації для підтримувальної фази [12, С. 9]. Первинний скринінг включає оцінку посттравматичної симптоматики, рівня тривожності й депресивних проявів, дисоціативних феноменів, ризиків суїцидальності, вживання психоактивних речовин, а також готовності до групової взаємодії. До тимчасових протипоказань відносять гострі психотичні епізоди, нестабільні суїцидальні наміри, тяжку залежність без ремісії, виражену дисоціацію без базової стабілізації, неконтрольовану агресивну поведінку; у цих випадках рекомендована поетапна модель допомоги з попередньою індивідуальною стабілізацією.

Формати групової роботи умовно диференціюють на структуровані психоедукаційно-КПТ-протоколи та процесуальні терапевтичні групи підтримки. У першому випадку фокус робиться на навчанні навичок регуляції збудження (діафрагмальне дихання, прогресивна релаксація, майндфулнес-практики), ідентифікації тригерів, роботі з когнітивними дисторсіями (катастрофізація, гіперузагальнення, персоналізація), побудові експозиційної ієрархії з поступовою десенситизацією до внутрішніх та зовнішніх нагадувань,

тренуванні проблемно-орієнтованого копінгу та соціальних навичок. У другому — провідним механізмом стає інтерперсональна корекція: контейнерування афекту через групову емпатію, віддзеркалення, безпечне відтворення нових ролей (партнер, батько/мати, співробітник, громадянин), усвідомлення неадаптивних патернів взаємодії, відтворення досвіду довіри та взаємної підтримки. Обидва напрями доцільно інтегрувати у єдину траєкторію, що поєднує навчальний компонент, тренування навичок і процесуальну роботу з переживаннями.

Специфіка військового досвіду вимагає від фасилітаторів компетентності у травма-інформованому підході: пріоритети безпеки й прогнозованості процесу, чіткі межі й правила, підвищена увага до тригерів, попередження вторинної травматизації, моніторинг групової динаміки (субгрупи, «козел-відпущення», приховане суперництво), профілактика ретравматизуючих сценаріїв і керування кризами [30, С. 36]. Важливо підтримувати культурну чутливість до особливостей військової ідентичності (цінності взаємовиручки, ставлення до вразливості, ієрархічність комунікації), водночас поступово розширюючи репертуар прийнятних поведінкових відповідей у цивільному середовищі. Конфіденційність у групі має бути формалізована інформованою згодою з окресленими винятками (ризик для життя та безпеки), а правила обміну зворотним зв'язком — стандартизовані (конкретність, поведінкова фокусованість, доброзичливість, відмова від патологізуючих ярликів).

Окремий пласт складають групи взаємопідтримки (peer-led), у яких фасилітацію здійснюють підготовлені ветерани. Порівняно з клінічно веденими групами, ці формати посилюють ідентифікаційні механізми, знижують бар'єр стигми, підвищують автономність та залучення до спільнотних ресурсів [8, С. 136]. Водночас клінічна ефективність і безпека таких груп значно зростають за наявності супервізії фахівця та чітких протоколів реагування на кризові стани. Оптимально розгортати мультикомпонентну модель, де клінічно

керовані КПТ/процесуальні групи поєднуються з групами взаємопідтримки, волонтерськими мережами та ресурсами громад.

Моніторинг результатів має бути багатоосьовим і стандартизованим. Доцільне базове та підсумкове оцінювання за шкалами посттравматичних симптомів (наприклад, PCL-5 або клінічним інтерв'ю), тривожності й депресивності, а також вимірювання групової когезії та міжособистісного функціонування, показників якості життя та соціальної участі [58]. У процесі роботи важливо відстежувати маркери ризику (ескалація інтрузій, дезорганізуюча дисоціація, конфліктні взаємодії) та своєчасно коригувати інтенсивність експозиційних завдань, впроваджуючи стабілізаційні мікропротоколи. Додатковий вектор — оцінка копінг-профілю (зсув від унікальних до активних стратегій), відновлення ролевого функціонування, розширення соціального капіталу (участь у громадських ініціативах, працевлаштування, сімейна взаємодія).

Сучасні умови обумовлюють значущість дистанційних і гібридних форматів. Телемедицина з використанням захищених платформ дозволяє підтримувати безперервність допомоги, розширює доступність і зменшує логістичні бар'єри. Водночас дистанційна робота потребує додаткових процедур автентифікації, забезпечення приватності, кризових алгоритмів «на відстані» та ясних правил взаємодії (налаштування камер, безпечний фізичний простір, резервні канали зв'язку) [22, С. 90].

Порівняння групового та індивідуального форматів свідчить про комплементарність впливів: індивідуальна терапія забезпечує глибоку роботу з травматичними спогадами, когнітивними дисторсіями та індивідуальними тригерами, тоді як груповий контекст прискорює нормалізацію досвіду, відновлює міжособистісні зв'язки, надає референтну підтримку та створює поле для тренування навичок у соціально значущих ситуаціях. Найвищі показники ефективності фіксуються в рамках «ступінчастої допомоги», де стабілізація й

індивідуальні інтервенції інтегруються з психоедукаційно-КПТ-групами й довготривалими групами підтримки.

Емпіричні та клінічні аргументи конвергують у висновку, що групова психотерапія та групи підтримки є ключовими механізмами відновлення соціальної ідентичності й резилієнтності ветеранів, зменшення посттравматичної симптоматики та трансформації копінг-репертуару в бік активних, проактивних і соціально вмонтованих стратегій; системне впровадження цих форматів у мережу реабілітаційних сервісів підвищує стійкість результатів і оптимізує повернення до повноцінного функціонування в цивільному середовищі [28, С. 72-73].

Сімейне консультування розглядається у системно-динамічній парадигмі як втручання, спрямоване на відновлення регуляторних функцій родинної взаємодії, що зазнала високої стресогенності унаслідок бойової травматизації одного з її членів. Сім'я виступає первинним середовищем алоstaticкої адаптації, де зміни нейробіологічної збудливості, афективної реактивності та поведінкових патернів ветерана транслуються у комунікативні збої, рольову дезорганізацію та порушення прив'язаності. Для партнерів і дітей характерні феномени вторинної травматизації й емоційного вигорання доглядальника, що підсилює коло взаємної дисрегуляції («симптом ветерана → реакція сім'ї → ескалація симптомів»). У такій конфігурації цілі консультування включають стабілізацію сімейного гомеостазу, зниження інтенсивності конфліктогенних циклів, реконфігурацію ролей, відновлення емпатійної взаємності та формування спільних стратегій подолання.

Теоретичну основу становить інтеграція системної сімейної терапії, теорії прив'язаності, діадичного копінгу та когнітивно-поведінкової моделі посттравматичних розладів [57, Р. 663]. Системний підхід трактує симптом як комунікативний маркер дисфункцій взаємодії; теорія прив'язаності фокусує увагу на перерваній безпеці базового зв'язку й потребі у реконструкції «безпечної бази»; модель діадичного копінгу описує механізми спільного

управління стресом (спів-регуляція збудження, координація дій, обмін підтримкою), тоді як КПТ-рамка забезпечує інструменти корекції спотворених атрибуцій («симптом дорівнює байдужість», «потреба в підтримці дорівнює слабкість»), та поведінкової активації сімейних ролей.

Клінічне втручання передбачає поетапний протокол. На етапі комплексного оцінювання здійснюється структуроване картування сімейної системи: тип прив'язаності, межі та коаліції, джерела стресу, ролеві очікування, сценарії реагування на тригери, профіль ризиків (суїцидальність, насильство в сім'ї, тяжка дисоціація). Визначається «вікно толерантності» як діапазон безпечної емоційної активації для всієї системи, укладається терапевтичний контракт і протокол безпеки. Фаза стабілізації включає психоедукацію про ПТСР, тривогу, депресію в термінах біопсихосоціальної моделі, тренування саморегуляції (повільне дихання, тілесне заземлення, майндфулнес-спостереження, сенсорна модуляція), а також інсталяцію навичок «деескалації в парі» (time-out, сигнал небезпеки, повернення до контакту за сценарієм) [34, Р. 16]. Комунікативний модуль зосереджений на реструктуризації дисфункційних патернів: перехід від взаємних обвинувачень та уникання до асертивних «я-повідомлень», поведінково-фокусованого зворотного зв'язку, емпатійної валідації афекту та узгодження запитів. Рольовий модуль орієнтований на повторне узгодження відповідальностей і статусів після демобілізації, усунення рольової конкуренції, відновлення батьківської співучасті та договірних механізмів у сфері побуту, фінансів, дозвілля. Окремо опрацьовуються теми інтимності й сексуальної функції, що часто порушуються через гіперарозал, уникання та сором; застосовуються техніки десенситизації, тілесної інтероцептивної обізнаності та поетапного відновлення близькості.

Емпірично обґрунтовані моделі, доцільні для сімей, включають когнітивно-поведінкову терапію пар при ПТСР (CBCT for PTSD) з фокусом на корекції травма-конгруентних переконань обох партнерів, емоційно-фокусовану терапію (EFT) для відновлення безпечної прив'язаності через

реконсигнування афекту та репаративну взаємність, інтегративну поведінкову терапію подружніх стосунків (ІВСТ) із підсиленням прийняття й толерантності до неминучих відмінностей [59]. За наявності виражених інтрузій, кошмарів, гіперзбудження консультування координується з індивідуальними експозиційними протоколами або EMDR-репроцесингом, що мінімізує ретравматизацію у межах сімейної сесії та забезпечує узгодженість цілей.

Ризик-менеджмент є обов'язковою умовою. До тимчасових протипоказань відносять активне насильство в стосунках, неконтрольовану залежність без ремісії, гостру психотичну симптоматику, високий суїцидальний ризик, тяжку дисоціацію, у цих випадках впроваджується ступінчаста допомога, спершу індивідуальна стабілізація та захисні інтервенції, згодом — повернення до системної роботи. Етичний контур визначає межі конфіденційності винятками є загроза життю, безпеці, інформовану згоду з описом потенційних загострень, культурну чутливість до військових норм і ролей, недопущення патологізувальних ярликів щодо партнера або батьківської функції.

Оцінювання ефективності здійснюється у мультидоменно-стандартизованому форматі. Базова і підсумкова діагностика включає шкали симптомів ПТСР і тривоги, інструменти якості подружніх стосунків, індекси діадичного копінгу, міри сімейної когезії та конфліктності, показники батьківсько-дитячої взаємодії. Динамічно відстежуються поведінкові маркери, частота та тривалість конфліктів, дотримання протоколу безпеки, виконання рольових угод, відновлення спільних практик і соціальної участі [17, С. 107]. Для підвищення валідності змін бажано застосовувати комбіновані джерела даних такі, як самозвіти, щоденники подій, спостережувана поведінка.

Сукупність наведених положень демонструє, що сімейне консультування виконує функцію регуляторного «моста» між індивідуальною психологічною корекцією наслідків травми та відновленням повсякденної життєдіяльності, забезпечуючи реконфігурацію прив'язаності, перезапуск кооперативних моделей взаємодії та підвищення резиліентності всієї системи до хронічного

стресу, що безпосередньо пов'язано з кращими показниками психічного здоров'я ветерана та його стабільною інтеграцією в цивільне середовище.

3.2. Соціальні та інституційні чинники адаптації

Важливою є роль державних програм, центрів реабілітації та недержавних громадських організацій у післявоєнній адаптації ветеранів вона визначається як системоутворювальна, оскільки саме їх узгоджена взаємодія формує інституційний контур доступу до ресурсів відновлення на психосоціальному рівні. Державні програми задають нормативно-правову рамку гарантій, стандартизують маршрути допомоги й забезпечують фінансово-організаційні механізми сталої доступності послуг у медичній, психологічній, соціальній та професійній площинах. У межах публічної політики найбільш ефективною вважається модель ступінчастої допомоги, що корелює інтенсивність і спеціалізацію втручань із тяжкістю порушень: від універсальних психоедукаційних і скринінгових заходів на рівні первинної ланки до спеціалізованих травматерапевтичних протоколів, мультидисциплінарної реабілітації та довготривалого соціального супроводу. Держава виконує функції регулятора якості й справедливості доступу, встановлюючи клінічні маршрути, стандарти компетентності фахівців, протоколи міжвідомчої взаємодії та системи моніторингу й оцінювання результатів, що включають показники симптоматичної динаміки, функціональної спроможності, якості життя та соціальної участі (напр., [23]). На макрорівні ключовими залишаються зниження регіональної асиметрії у доступі до допомоги, подолання фрагментації сервісів, інтеграція баз даних для неперервності опіки, розвиток кадрового потенціалу через безперервну освіту з травма-інформованої практики, а також забезпечення етичних гарантій — інформованої згоди, конфіденційності, недискримінації та культурної чутливості до військового досвіду.

Центри реабілітації виконують роль ядра спеціалізованої допомоги, де відбувається трансляція політики у практику на рівні індивідуального клінічного випадку. Вони забезпечують мультидисциплінарну оцінку стану ветерана з формуванням індивідуального плану відновлення, що поєднує медичні, психологічні, психотерапевтичні, фізичні та соціальні інтервенції. Реабілітаційний центр є операціональним вузлом координації між лікарем-психіатром, психологом, фізичним терапевтом, соціальним працівником і юристом, що унеможлиблює «випадіння» ветерана з маршруту допомоги. Критичною умовою є впровадження системи забезпечення якості (clinical governance), супервізія та інтервізія фахівців, аудит дотримання протоколів, управління ризиками (суїцидальність, насильство, тяжка дисоціація), кризові алгоритми, а також використання стандартизованих інструментів вимірювання результатів лікування, для прозорості оцінки ефективності та підзвітності [41]. Інституційна спроможність центрів визначається також налагодженими переходами на етапі повернення до громади, працевлаштування, перекваліфікація, юридичний супровід, житлові питання, сімейне консультування й підключення до мереж взаємопідтримки.

Недержавні громадські організації — неприбуткові об'єднання, що діють автономно від органів влади задля задоволення суспільно значущих потреб — виступають каталізаторами соціальної резиліентності ветеранів, заповнюючи прогалини державної мережі та підвищуючи адаптивність системи підтримки. Завдяки гнучкості процедур і близькості до спільноти НГО швидко реагують на змінні потреби, забезпечують низькопорогові сервіси, зменшують стигму звернення по допомогу й укорінюють практики взаємопідтримки (peer-to-peer). У спектрі їх функцій — психоедукація й тренінги життєвих навичок, модерація груп підтримки, волонтерські та наставницькі програми, юридичні консультації, адвокація прав і інтересів ветеранів, культурні, спортивні та громадські ініціативи, що відновлюють соціальний капітал і ідентичність поза військовою роллю [18, С. 68]. Інституційна цінність НГО проявляється також у

створенні горизонтальних мереж, через які формуються та масштабується інноваційні практики, здійснюється громадський моніторинг якості публічних послуг і підтримується двостороння комунікація «держава — спільнота ветеранів». Для підвищення ефективності цієї ланки важливими є стандарти фасилітації та безпеки в групах, професійна супервізія, прозорість фінансування, етичні політики роботи з вразливими групами та інтеграція з реабілітаційними центрами через формалізовані маршрути взаємного скерування [18, С. 69].

Концептуально оптимальна модель післявоєнної адаптації ґрунтується на міжсекторальній кооперації, де кожний суб'єкт виконує специфічну, взаємодоповнювальну функцію: держава гарантує рівність доступу, стандарти й сталі фінансові механізми; центри реабілітації забезпечують клініко-психологічну корекцію, неперервність і безпечність втручань, НГО підтримують соціальну вмонтованість, громадянську участь і зміцнення ідентичності, необхідні для довготривалої стабілізації. Емпірично це відбивається у зниженні ризиків ізоляції, рецидиву симптомів і повторної травматизації, підвищенні показників зайнятості, якості життя та сімейного функціонування, а також у зростанні довіри до інституцій. Узагальнюючи концептуальні результати, інтегрований кластер державних програм, реабілітаційних центрів і НГО слід розглядати як єдину адаптивну екосистему, яка трансформує розрізнені ресурси у послідовний реабілітаційний ланцюг, забезпечує доказову, етично вивірену та соціально справедливу допомогу і створює умови для стійкого повернення ветеранів до повноцінної участі в цивільному житті.

Економічна та професійна інтеграція розглядається у сучасних наукових підходах (напр., [6, С. 186]) як один із фундаментальних маркерів успішної соціальної реадaptaції ветеранів, оскільки саме трудова діяльність забезпечує структурну організацію повсякденного життя, підтримує відчуття особистісної компетентності й суспільної затребуваності, а також відновлює суб'єктність

ветерана у системі соціальних взаємин. Дефіцит можливостей для повернення до професійної ролі, або ж неможливість її відновлення внаслідок психофізіологічних наслідків бойового досвіду, нерідко спричиняють переживання втрати значущості, депривацію самоповаги та фрустрацію, що підвищує ризик загострення посттравматичних реакцій, депресогенних змін і формування маладаптивних патернів поведінки. У концепції біопсихосоціальної моделі психічного здоров'я зайнятість розглядається як потужний протективний чинник, який стабілізує емоційну регуляцію, посилює соціальний капітал ветерана та істотно знижує ризики соціальної ізоляції [4, С. 189].

Відповідно до інституційних стратегій реабілітаційної політики особливого значення набувають програми професійної перекваліфікації, що забезпечують індивідуалізовану траєкторію відновлення професійного потенціалу з урахуванням функціональних обмежень, освітніх ресурсів, актуальної кон'юнктури ринку праці та особистісних ціннісних орієнтацій ветерана [16, С. 52]. Освітні модулі — від формального академічного навчання до короткострокових курсів і дуальних моделей — сприяють конструюванню нової професійної ідентичності, що інтегрує досвід військової служби як ресурс дисципліни, відповідальності, лідерства, командної взаємодії та управління ризиками. Професійне консультування, кар'єрний коучинг та розвиток підприємницької ініціативи формують додаткові канали економічної активності, підвищуючи автономність ветерана у післявоєнному житті.

Оптимальний соціальний контекст адаптації передбачає високий рівень психологічної культури суспільства, який визначається не лише поінформованістю щодо феноменології посттравматичних станів, а й готовністю до емпатійного та недискримінаційного ставлення до ветеранів із наслідками бойових травм. Розвиток ментальних моделей прийняття, подолання стигматизаційних конструктів і трансформація суспільних уявлень про ветерана як про носія цінного соціального досвіду є важливими елементами загальнонаціональної психогігієни. Освітні програми, просвітницькі кампанії,

травма-інформована підготовка фахівців першого контакту, а також медійні наративи, орієнтовані на неупереджене й багатовимірне відображення ветеранів, знижують ризик формування соціального «іншування» та маргіналізації [25, С. 127].

Стигматизація ветеранів часто проявляється у прихованих формах — ускладненнях під час працевлаштування, обмеженні доступу до відповідальних посад чи підсиленні контролю з боку роботодавців, що спричиняє почуття недовіри і соціальної небезпеки та поглиблює адаптаційні труднощі. Натомість розвиток інклюзивних практик на рівні підприємств і громадських інституцій — адаптація робочих місць, забезпечення психосоціальної підтримки, гнучкість режимів зайнятості, визнання специфічних потреб ветеранів — створює умови для стійкого професійного функціонування.

Реінтеграція ветеранів потребує реалізації комплексного принципу «гідного повернення», де економічна активність поєднується із суспільним визнанням і ресоціалізацією [13, С. 34]. На макрорівні це означає необхідність послідовної державної політики, що синхронізує ринок праці, освітні інституції та соціальні служби; на мезорівні — розбудову роботодавцями травма-інформованих практик корпоративної культури; на мікрорівні — формування у громадян компетентного ставлення до психічних наслідків війни. За таких умов праця та освіта стають не лише засобом економічного забезпечення, а й механізмом подолання психологічної та соціальної травми, тоді як психологічна культура суспільства відіграє роль детермінанти, що визначає можливість ветерана реалізувати повноцінну життєву участь і зберегти внутрішню цілісність в цивільному середовищі.

3.3. Практичні рекомендації щодо поліпшення процесу адаптації

Практична підтримка ветеранів війни у процесі повернення до цивільного життя повинна ґрунтуватися на комплексних, доказово обґрунтованих

підходах, що враховують як клініко-психологічні прояви травматичного досвіду, так і соціальні умови його подолання. Враховуючи виявлені у ході емпіричного дослідження закономірності, центральними напрямками психокорекційного впливу є зниження посттравматичної симптоматики, корекція тривожності, трансформація дезадаптивних стратегій уникання та посилення активного копіngu, що вимагає системної інтеграції індивідуальної, групової, сімейної і соціально-інституційної підтримки.

Індивідуальна психотерапія виступає провідним інструментом клініко-психологічної допомоги ветеранам, надаючи можливість глибинної реконструкції травматично зумовлених емоційних і когнітивних патернів. Найбільш ефективними у роботі з посттравматичними розладами визнано когнітивно-поведінкові втручання, які передбачають декатастрофізацію травматичних переконань, зменшення гіпервозбудженості, реконструкцію поведінкового репертуару та систематичне наближення до травматичних стимулів під контролем терапевта. Методи десенсибілізації і репроцесінгу травми, такі як EMDR, сприяють інтеграції травматичної пам'яті у семантичні схеми, знижуючи інтенсивність інвазивних симптомів [53]. У випадках переважання соматичних проявів посттравматичного стресу високий потенціал демонструють тілесно-орієнтовані техніки, спрямовані на нормалізацію вегетативної регуляції та відновлення психофізіологічної цілісності. Арт-терапія, як спосіб репрезентації травматичного досвіду у безпечних символічних формах, сприяє афективній регуляції, формуванню альтернативних наративів і ресурсних образів майбутнього. Доповненням до клінічних методів виступає спорт-терапія, яка через механізми нейропластичної адаптації забезпечує зниження хронічного стресового тону, підвищує самооцінку та повертає відчуття власної компетентності [29, С. 114].

Суттєвим напрямом підтримки є групові форми психотерапевтичної взаємодії, що створюють умови для соціонозалежної регуляції емоційного стану, нормалізації переживань та розширення горизонтів соціальної участі.

Групи підтримки, побудовані на принципах рівності досвіду, зменшують внутрішню стигму, забезпечують відновлення почуття належності до спільноти та формують нові способи взаємодії з іншими людьми. У межах структурованих групових програм реалізуються завдання корекції унікальної поведінки, відновлення навичок комунікації, розвиток самоконтролю та перенесення терапевтичного досвіду у повсякденну соціальну практику. Встановлення довірливих горизонтальних зв'язків між ветеранами сприяє руйнуванню соціальної ізоляції, яка виступає одним з провідних підтримувальних чинників дезадаптації [45, Р. 18].

Окремий вимір реабілітаційної роботи пов'язаний із сімейним консультуванням, яке спрямоване на реконструкцію порушеної структури сімейної динаміки. Травматичний досвід одного з членів сімейної системи породжує феномен «вторинної травматизації», що проявляється у дезорієнтації ролей, порушенні взаєморозуміння, зниженні емоційної близькості та підвищенні конфліктності [24, С. 116]. Участь сім'ї в терапевтичному процесі сприяє відновленню діалогу, корекції дезадаптивних патернів реагування, підвищенню толерантності до проявів ПТСР, формуванню ресурсного середовища, здатного протидіяти регресивним тенденціям психічного стану ветерана. Таким чином, сімейна психотерапія забезпечує відновлення базової соціальної опори та знижує ризик рецидиву симптомів.

Соціальна підтримка і розбудова інституційних механізмів реінтеграції забезпечують макросоціальний рівень адаптації ветеранів, формуючи соціальне середовище, чутливе до потреб осіб із наслідками бойового травматичного досвіду. Роль державних програм, центрів комплексної реабілітації та громадських організацій полягає у наданні стабільного доступу до медико-психологічних, освітніх, юридичних і соціально-побутових сервісів, які знижують ризик економічної нестабільності та соціальної маргіналізації. Додаткову детермінацію адаптаційного процесу становлять освітні та професійні програми, що забезпечують відновлення трудового потенціалу,

формування нової професійної ідентичності й повернення до продуктивної життєвої ролі [21, С. 56]. Водночас високий рівень психологічної культури суспільства — відсутність стигматизації ветеранів, адекватне розуміння психічних наслідків війни, підтримка інклюзивних практик — виступає критично важливою умовою забезпечення гідного соціального статусу та збереження внутрішньої цілісності ветеранів у мирному середовищі.

Загалом практичні рекомендації, спрямовані на підсилення психологічної резиліентності ветеранів, повинні реалізовувати системний принцип: поєднання індивідуального клінічного втручання, групової взаємодії, сімейної підтримки та сприятливих соціально-інституційних умов забезпечує оптимальну траєкторію адаптації і знижує ризики хронізації посттравматичних розладів. Комплексний підхід є передумовою відновлення психоемоційної рівноваги, розширення соціальних можливостей та забезпечення повноцінної інтеграції ветеранів у цивільне життя.

Формування горизонтально організованих мереж взаємопідтримки за принципом «ветеран – ветеран» доцільно розглядати як невід’ємний елемент архітекtonіки післявоєнної реадаптації, що забезпечує перенесення терапевтичних механізмів за межі клінічного сетингу та стабілізує досягнуті результати індивідуальної і групової психотерапії. Ефективність таких мереж зумовлюється інтерсуб’єктною валідизацією бойового досвіду, високим рівнем довіри у межах спільної ідентичності та можливістю реконструювати у безпечному середовищі травма-конгруентні значення без ризику стигматизації. У психологічних термінах ідеться про нормалізацію посттравматичних реакцій у межах колективного дискурсу, редукцію внутрішньої стигми, опосередковане зниження гіперарузалу через механізми соціальної ко-регуляції та відновлення самоефективності завдяки моделюванню адаптивних копінг-патернів авторитетними референтами з релевантним життєвим досвідом [5, С. 312]. У системі ступінчастої допомоги такі спільноти виконують роль проміжного континууму між фазою інтенсивної клінічної терапії та фазою повної

соціальної реінтеграції, підтримуючи неперервність допомоги, зменшуючи ризик рецидиву ізоляційних стратегій і підвищуючи ймовірність перенесення терапевтичних навичок у реальні життєві контексти. Методологічно обґрунтоване розгортання peer-to-peer підтримки передбачає професіоналізацію фасилітаторів із числа ветеранів, супервізійний супровід, чіткі протоколи безпеки, алгоритми кризового реагування та регулярну оцінку результативності у парадигмі measurement-based care з використанням валідованих індикаторів симптоматики, якості життя та соціальної участі [58]. Етичний контур таких програм має гарантувати добровільність залучення, конфіденційність, мінімізацію ризиків ретравматизації та недопущення неформальної ієрархізації, що підриває принцип рівності учасників.

Психоедукація членів сімей ветеранів становить базовий механізм стабілізації мезорівневого середовища адаптації, оскільки сім'я виконує функцію первинного регулятора афективної та поведінкової гомеостатики. Науково обґрунтована психопросвіта спрямована на формування у близьких осіб адекватних уявлень про нейропсихологічні механізми травматичного реагування, семіотику ПТСР і тривожних станів, закономірності тригерних реакцій, цикли «травма – уникання – ізоляція» та принципи підтримувальної комунікації без патерналістських або інфантилізуючих сценаріїв. Підвищення інформованості родини зменшує ризики вторинної травматизації, попереджує ескалацію конфліктогенних взаємодій, зміцнює толерантність до симптоматики та підсилює ефекти клінічних інтервенцій завдяки кращій комплаєнтності, регулярності виконання терапевтичних завдань і своєчасному зверненню по допомогу у кризових епізодах [16, С. 144]. Операціоналізація психоедукації передбачає стандартизований зміст модулів, адаптацію матеріалу до когнітивних і емоційних можливостей сімейної системи, початкове та повторне оцінювання знань і навичок, а також включення практик спільної емоційної ко-регуляції, сімейного планування навантаження, структурованої підтримки сну, дихальних і поведінкових технік деескалації. Доказовість втручання

забезпечується мультидоменним моніторингом, який поєднує симптоматичні показники ветерана з маркерами сімейного функціонування, як-от якість комунікації, рольова узгодженість, частота конфліктів, суб'єктивне відчуття безпеки та прийняття.

Сумісне впровадження реер-to-реер підтримки та психоедукації родин формує контекстуальний каркас резиліентності, в якому клінічно досягнуті зміни консолідуються і трансльовано відтворюються у повсякденних практиках [58]. Саме ця зв'язка забезпечує перехід від симптомоцентричної логіки лікування до екосистемної моделі адаптації, де внутрішні регуляторні механізми особистості, інтерперсональні зв'язки та інституційні умови взаємно підсилюють одне одного. Науково-практичний сенс такої інтеграції полягає у підвищенні стійкості ефектів психотерапії, зменшенні потреби у високоресурсних клінічних сервісах, редукції ризиків хронізації посттравматичної дисфункції та розширенні простору соціальної участі ветерана як повноправного суб'єкта цивільного життя.

Результати емпіричного дослідження, засвідчили, що психологічна адаптація ветеранів війни визначається сукупним впливом посттравматичних симптомів, емоційної гіперактивації та поведінкових стратегій подолання, які здебільшого мають пасивний характер. Виявлені кореляційні зв'язки між ПТСР, тривожністю та пасивними копінг-стратегіями вказують на високий ризик формування дезадаптивного кола «травма – уникання – посилення симптоматики». У зв'язку з цим потребує впровадження комплексна система психологічної допомоги, спрямована на руйнування вказаних механізмів і формування нових, адаптивних патернів реагування.

Сучасні міжнародні стандарти лікування та реабілітації ветеранів війни підкреслюють провідну роль когнітивно-поведінкових інтервенцій, орієнтованих на переробку травматичного досвіду [25, С. 103]. Одним із найбільш валідних у цій сфері підходів є когнітивно-процесуальна терапія (СРТ), що забезпечує корекцію дисфункційних переконань, які лежать в основі

стійкого посттравматичного реагування. Терапія, сфокусована на травмі (TF-SBT), додатково сприяє зниженню гіпернастороженості, уникання й тривоги шляхом відновлення когнітивного та поведінкового контролю [25, С. 131].

У межах практичної частини даної роботи розроблено структуру групової тренінгової програми для ветеранів, що може бути впроваджена у процесі психологічної реабілітації. Програма містила психоедукацію щодо механізмів ПТСР, ідентифікацію травма-конгруентних переконань, когнітивну реструктуризацію, тренування активних копінг-стратегій, вправи з емоційної саморегуляції, а також соціально орієнтовані компоненти для відновлення міжособистісної взаємодії. Такий підхід відповідає виявленій емпіричній закономірності, активні копінг-стратегії є адаптивним ресурсом, який здатен редукувати інтенсивність ПТСР та тривожності.

Значущим елементом системи підтримки ветеранів є програми взаємодопомоги за принципом «рівний – рівному». Горизонтально організовані мережі ветеранів підсилюють ефекти терапевтичного впливу, забезпечують інтерсуб'єктну валідизацію бойового досвіду, сприяють зниженню внутрішньої стигми та формуванню соціально заснованої самоефективності. Такий формат підтримки є одним із ключових буферів повторної ізоляції й повернення до уникання як поведінкового стилю.

Сім'я ветерана виступає важливим рівнем для психологічної адаптації, оскільки саме вона формує базову гомеостатичну систему емоційної регуляції. Тому впровадження психоедукаційних програм для членів родини має пріоритетне значення. Збільшення рівня обізнаності близьких щодо особливостей бойової травматизації, тригерів, механізмів уникання та специфіки кризового супроводу знижує ризики вторинної травматизації, попереджує конфлікти та сприяє формуванню підтримувального комунікативного середовища.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

Отже, можна побачити, що, психологічні шляхи оптимізації адаптації ветеранів мають включати інтегровану систему психотерапевтичних, соціальних та сімейно-орієнтованих заходів. Їх комплексне поєднання формує надійну основу для стабілізації емоційного та психосоматичного стану ветеранів, редукції проявів посттравматичного стресу, підвищення якості життя та відновлення їх повноцінного функціонування у цивільному суспільстві.

Теоретично й методологічно обґрунтовано інтегровану багаторівневу модель оптимізації післявоєнної адаптації ветеранів, у межах якої індивідуальні клініко-психологічні інтервенції, групові формати, сімейно-системні підходи та соціально-інституційні механізми розглядаються як взаємодоповнювальні ланки єдиної реабілітаційної програми. Вихідною підставою для цієї конструкції слугують емпірично зафіксовані закономірності такі, як конвергенція посттравматичної симптоматики з підвищеною тривожністю та домінуванням пасивних копінг-стратегій, які визначають необхідність цілеспрямованого впливу на патогенетичні механізми підтримання ПТСР та унікальної поведінки. На цій основі щонайперше аргументовано пріоритет когнітивно-поведінкової парадигми та травмофокусованих протоколів, здатних забезпечити реконструкцію дисфункційних переконань, редукцію інтрузій і нормалізацію регуляторних процесів завдяки поєднанню стабілізаційних, когнітивних і експозиційно-поведінкових модулів.

Групова психотерапія й мережі взаємопідтримки за принципом «рівний-рівному» доводять свою концептуальну та прикладну значущість як соціально опосередковані інструменти нормалізації травматичного досвіду, підвищення самоефективності та перенесення терапевтичних навичок у повсякденну практику. Їхній ефект ґрунтується на механізмах інтерперсональної корегуляції, універсалізації переживань і формуванні безпечного комунікативного поля, що зменшує стигму, знижує ризик рецидиву ізоляційних стратегій та консолідує досягнуті психологічні зрушення. Сімейне консультування,

інтегруючи системний підхід, теорію прив'язаності та діадичний копінг, відновлює регуляторний потенціал родинної системи як мезорівневого середовища адаптації, що перебудовує порушені рольові конфігурації, знижує конфліктогенність, підвищує толерантність до симптоматики та стабілізує емоційну рівновагу.

Макрорівневий компонент моделі окреслює функцію державних програм, центрів реабілітації та недержавних громадських організацій як інституційної інфраструктури доступу, якості й неперервності допомоги. Саме узгодження нормативних стандартів, клінічних маршрутів, міжвідомчої координації та механізмів моніторингу результативності забезпечує перехід від фрагментованих сервісів до доказово керованої екосистеми підтримки, де освітні та професійні траєкторії, перекваліфікація, працевлаштування й профілактика стигматизації виступають структурними детермінантами довготривалої соціальної інтеграції. За таких умов відбувається зміщення акценту з симптомоцентричного лікування до цілісної, контекстуально вмонтованої адаптації, що поєднує нейропсихологічні, афективно-когнітивні та соціально-рольові виміри відновлення.

Отже запропонована системна модель відповідає сучасним міжнародним стандартам доказової практики та демонструє методологічну цілісність і прикладну життєздатність, бо вона забезпечує спрямований вплив на ключові патогенетичні ланки ПТСР і тривожності, трансформує копінг-профіль у бік активних стратегій, реконфігурує міжособистісні та сімейні взаємодії й створює інституційні умови для професійної та громадської реінтеграції. Представлена модель виступає валідованою рамкою психологічної допомоги, спроможною забезпечити стійке підвищення якості життя ветеранів у цивільному середовищі.

ВИСНОВКИ

Комплексне теоретичне, емпіричне й прикладне вивчення проблеми психологічної адаптації ветеранів війни до цивільного життя засвідчило, що цей процес має складну, багаторівневу та системну природу. Він охоплює не лише індивідуально-психологічні механізми відновлення особистісної рівноваги, а ще соціальні, культурні та інституційні умови реінтеграції. Психологічна адаптація ветеранів визначається як динамічний процес реконструкції ідентичності, переформатування життєвих сенсів та відновлення здатності до конструктивного функціонування в цивільному середовищі.

Теоретичний аналіз сучасних підходів дозволив окреслити, що феномен психологічної адаптації ветеранів має полікомпонентну структуру та охоплює когнітивно-поведінкові, афективно-регуляційні, ціннісно-сміслові та соціально-ролеві рівні організації особистості. Адаптація у цьому контексті трактується як процес внутрішньої перебудови системи саморегуляції, що включає відновлення внутрішньої психофізіологічної рівноваги між емоційними станами, когнітивними схемами, поведінковими стратегіями і вимогами зовнішнього середовища. Порівняльний аналіз концепцій показав, що інтегративний підхід, який синтезує когнітивно-поведінкову, гуманістичну, біопсихосоціальну та соціально-конструктивістську парадигми, є найбільш продуктивним для пояснення адаптаційних процесів після бойового досвіду. Саме цей підхід дає змогу розглядати адаптацію не як реактивну, а як проактивну форму психологічного відновлення, що передбачає усвідомлену реконструкцію життєвих смислів, трансформацію ідентичності та формування нових стратегій взаємодії із соціумом.

Результати емпіричного дослідження підтвердили системний характер взаємозв'язків між основними психологічними параметрами адаптації, посттравматичною симптоматикою, рівнем тривожності та копінг-стратегіями. Встановлено, що підвищені показники ПТСР корелюють із високими рівнями тривожності, що свідчить про стійке збереження відчуття загрози та порушення

емоційної регуляції. Позитивний зв'язок між ПТСР і пасивними копінгамі відображає домінування унікальної поведінки, спрямованої на емоційне блокування травматичного досвіду, тоді як обернена кореляція між активними копінгамі і тривожністю вказує на компенсаторну роль конструктивних стратегій подолання. Отримані дані засвідчують, що адаптаційний потенціал ветеранів зумовлюється не соціально-демографічними чинниками, а характером їхніх психологічних механізмів реагування та здатністю до когнітивного опрацювання травматичних подій.

Прикладна частина дослідження дала змогу розробити інтегровану модель психологічної допомоги ветеранам, побудовану на принципах доказової практики. Її основу становить когнітивно-поведінковий і травмофокусований підхід, спрямований на реконструкцію дисфункційних переконань, редукцію інтрузивних симптомів і відновлення самоефективності. Групові формати взаємопідтримки за принципом «рівний-рівному» сприяють нормалізації переживань та соціальному прийняттю травматичного досвіду, тоді як системно-сімейна робота забезпечує стабілізацію родинних відносин і відновлення спільного адаптаційного потенціалу. Макрорівневий інституційний компонент підкреслює значення узгодженої державної політики, розбудови реабілітаційних структур і підготовки фахівців у межах доказової та валідної парадигми.

Отримані результати підтвердили детерміновано-системний характер адаптації ветеранів та довели необхідність поєднання психологічних, соціально-поведінкових і реабілітаційних підходів у єдину методологічну систему. Узагальнення теоретичних положень та отриманих емпіричних даних дало змогу конкретизувати психологічні чинники успішної й ускладненої післявоєнної адаптації ветеранів, виокремити індикатори посттравматичної симптоматики, тривожності та копінг-стратегій, а також обґрунтувати структуру цільових напрямів психодіагностичної, корекційно-розвивальної та психопрофілактичної роботи.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алещенко В.І., Сафін О.Д., Потапчук Є.М. Організація забезпечення збереження психічного здоров'я військовослужбовців. Методичний посібник для офіцерів, професорсько-викладацького складу, слухачів і курсантів ЗС України. Київ : Вища школа, 2017. 134 с.
2. Асєєва Ю.О., Аймедов К.В., Яцишина А.М. Визначення поняття ПТСР у військових: теоретичні основи, клінічні прояви та фактори ризику. *Ментальне здоров'я*. 2024. № 2. С. 8–17. URL: <https://doi.org/10.32782/3041-2005/2024-2-2> (дата звернення: 06.10.2025)
3. Блінов О.А. Бойовий стрес та результати його емпіричного дослідження. *Психологічний часопис*. 2018. № 12 (2). С. 9–22.
4. Блінов О.О. Психологія бойової психічної травми : монографія. Київ : Талком, 2016. 246 с.
5. Вільямс М.Б., Пойюла С. ПТСР: робочий зошит. Ефективні методики подолання симптомів травматичного стресу. Київ : Видавництво Ростислава Бурлаки, 2023. 528 с.
6. Вовк Н.П., Мохнар Л.І. Психологічні особливості адаптації учасників бойових дій до умов цивільного життя. *Габітус*. 2024. Випуск 67. С. 183-187. URL: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.67.28> (дата звернення: 07.10.2025)
7. Герасименко Л.О., Скрипніков А.М., Ісаков Р.І. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад: навч. посіб. Київ : ВСВ «Медицина». 2023. 120 с.
8. Горват А.М. Війна та посттравматичний стресовий розлад: механізми виникнення та підходи до лікування. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2025. Вип. 1 (103). С. 132-138. URL: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2025.1.15358> (дата звернення: 14.10.2025)
9. Гульбс О., Кобець О. Соціально-психологічна реабілітація учасників бойових дій. *Психологічний журнал*. 2021. № 7. С. 100-106.

10. Гроссман Д., Крістенсен Л. Бій: Психологія і фізіологія воїна в часи війни та миру. Львів : Астролябія, 2023. 720 с.
11. Давіденко К. Посттравматичний стресовий розлад: рекомендації з профілактики та лікування. *Український медичний часопис*. 2019. 22 липня. URL: <https://www.umj.com.ua/article/159875/posttravmatichnij-stresovijrozlad-rekomendatsiyi-z-profilaktiki-ta-likuvannya> (дата звернення: 11.10.2025)
12. Єна А.І. Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції. *Науковий журнал МОЗ України*. 2014. № 1 (5). С. 5-16.
13. Зоран К. Психологічна стійкість воїна: (підручник для військових психологів). Київ, 2017. 184 с.
14. Ільницька Т. Реабілітація військовослужбовців. *НейроNEWS (психоневрологія та нейропсихіатрія)*. 2016. № 1 (75). С. 6-7.
15. Іщенко А. Психологія війни: як допомогти ветеранам АТО повернутися до нормального життя. *Сьогодні*. 2018. № 4. С. 24-29.
16. Кокурн О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О. Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками АТО на етапі відновлення: метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
17. Корольчук О. Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2016. № 17. С. 104–111.
18. Кучеренко С., Хоменко Н. Організаційні особливості соціально-психологічної адаптації військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, до умов мирного життя. *Проблеми екстремальної та кризової психології : збірник наукових праць*. 2017. Вип. 21. С. 66–74.
19. Міхеєва Л., Оксютівич М., Олійник М. Емпіричне дослідження психологічних особливостей прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *Psychology Travelogs*. 2023. № 4. С. 6–15.
20. Можина Т. Посттравматичний стресовий розлад під час війни: можливості розширення терапевтичного діапазону. *Здоров'я України*. 2023. № 17 (553). С. 2-3.

21. Назаренко І.І., Якимець В.М., Печиборщ В.П., Слабкий Г.О., Іванов В.І., Поліщук А.О. Проблемні питання психологічної реабілітації ветеранів учасників антитерористичної операції та військовослужбовців операції об'єднаних сил в Україні : аналітичний огляд літератури. *Україна. Здоров'я нації*. 2019. № 1 (54). С. 48-58.
22. Ободовська Л., Шавровська Н. Посттравматичний стресовий розлад: особливості психологічного супроводу. *Науковий процес та наукові підходи: методика та реалізація досліджень* : матеріали міжнародної наукової конференції, м. Одеса, 23 жовтня 2020. Одеса, 2020. С. 89–91.
23. Підтримка ментального здоров'я в часи війни. Національний інститут стратегічних досліджень України. 27 червня 2023. URL: <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/pidtrymka-mentalnoho-zdorovya-v-chasy-viyny> (дата звернення: 15.10.2025)
24. Прокоф'єва Л. Психологічна модель ПТСР та особливості корекції в умовах воєнного стану. *Науковий вісник Ізмаїльського державного гуманітарного університету*. 2022. № 57. С. 110-120.
25. Розлади психічної сфери внаслідок бойових дій : навч. Посіб / В.Д. Мішиєв та ін. 2-е вид., переробл. та доповн. Київ : ВСВ «Медицина», 2024. 167 с.
26. Романенко Ю., Коляденко Н. Посттравматичний стресовий розлад як медико-психо-соціальна проблема. *Перспективи та інновації науки*. 2021. № 2 (2). Р. 297–304.
27. Салюк М., Меркулов М. Психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *Молодий вчений*. 2024. № 4 (128). С. 114-119.
28. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО : посібник для ведучих груп. Львів. Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету. 2016. 96 с
29. Титаренко Т. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія. Національна

академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

30. Чорна В., Серебреннікова О., Коломієць В., Гозак С., Єлізарова О., Рибінський М., Ангельська В., Павленко Н. Посттравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни у військовослужбовців. *Молодий вчений*. 2023. № 12 (124). С. 28-39.

31. Adams R.S., Larson M.J., Meerwijk E.L. et al. Postdeployment polytrauma diagnoses among soldiers and veterans using the Veterans Health Affairs polytrauma system of care and receipt of opioids, nonpharmacologic, and mental health treatments. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 2019. № 34 (3). P. 167–175. URL: <https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000481> (дата звернення: 07.10.2025)

32. Beck Aaron T. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York : Meridian Book, 1979. 368 p. URL: https://archive.org/details/cognitivetherapy0000beck_e3y7/page/n371/mode/2up (дата звернення: 12.10.2025)

33. Benner P., Halpern J., Gordon D.R., Popell C.L., Kelley P.W. Beyond pathologizing harm: understanding PTSD in the context of war experience. *Journal of Mental Health & Clinical Psychology*. 2018. Vol. 39 (1). P. 45–72. URL: <https://doi.org/10.1007/s10912-017-9484-y> (дата звернення: 09.10.2025)

34. Calhoun L.G., Tedeschi R.G. The Foundations of Posttraumatic Growth: An Expanded Framework. *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice*. 2006. P. 3–23. URL: https://www.researchgate.net/publication/309900607_The_foundations_of_posttraumatic_growth_An_expanded_framework (дата звернення: 08.10.2025)

35. Cannon W.B. The wisdom of the body. New York : W. W. Norton & Company, 1932. 312 p. URL: <https://reader.library.cornell.edu/docviewer/digital?id=chla3117174#mode/1up> URL: (дата звернення: 16.10.2025)

36. Darwin Ch. On the Origin of Species by means of natural selection, or the preservation of favoured races in the struggle for life. London: John Murray, Albemarle Street, 1859. URL: <https://darwin-online.org.uk/content/frameset?itemID=F373&viewtype=text&pageseq=1> (дата звернення: 08.10.2025)
37. Freud S. Civilization and its Discontents. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XXI (1927-1931): The Future of an Illusion, Civilization and its Discontents, and Other Works. 1930. P. 57-146. URL: https://www.sas.upenn.edu/~cavitch/pdf-library/Freud_SE_Civ_and_Dis_complete.pdf (дата звернення: 11.10.2025)
38. Freud S. The Ego and the Id. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIX (1923-1925): The Ego and the Id and Other Works. 1923. P. 1-66. URL: https://web.english.upenn.edu/~cavitch/pdf-library/Freud_SE_Ego_Id_complete.pdf (дата звернення: 11.10.2025)
39. Fromm E. Man for Himself: An Inquiry into the Psychology of Ethics. London : Routledge And Kegan Paul Ltd., 1949. 254 p. URL: <https://archive.org/details/in.ernet.dli.2015.28965/mode/2up> (дата звернення: 13.10.2025)
40. Graham J., Legarreta M., North L., DiMuzio J., McGlade E., Yurgelun-Todd D. A preliminary study of DSM–5 PTSD symptom patterns in veterans by trauma type. *Military Psychology*. 2016. Vol. 28 (2), P. 115–122. URL: <https://doi.org/10.1037/mil0000092> (дата звернення: 07.10.2025)
41. Hoppen T.H., Morina N. The prevalence of PTSD and major depression in the global population of adult war survivors: a meta-analytically informed estimate in absolute numbers. *European Journal of Psychotraumatology*. 2019. Vol. 10 (1). URL: <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1578637> (дата звернення: 12.10.2025)
42. Jung C.G. Two Essays on Analytical Psychology. London : Routledge, 1966. 372 p. URL: <https://doi.org/10.4324/9781315725895> (дата звернення: 14.10.2025)

43. Lazarus R.S. Psychological Stress and the Coping Process. New York : McGraw-Hill Education, 1966. 466 p.
44. Lewin K. Field Theory in Social Science. New York & London : The Academy Libraru Harper & Row, 1951. 346 p. URL: <https://archive.org/details/dli.ernet.503983/page/345/mode/2up> (дата звернення: 13.10.2025)
45. Linley P., Joseph S. Positive change following trauma and adversity. *Journal of Traumatic Stress*. 2004. Vol. 17 (1). P. 11–21. URL: <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000014671.27856.7e> (дата звернення: 10.10.2025)
46. Macleod A. D. The reactivation of post-traumatic stress disorder in later life. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 1994. Vol. 28 (4). P. 625-634. URL: <https://doi.org/10.1080/00048679409080786> (дата звернення: 17.10.2025).
47. Maslow A.H. Motivation and Personality. Harper & Row, 1954. 369 p. URL: <https://www.holybooks.com/wp-content/uploads/Motivation-and-Personality-Maslow.pdf> (дата звернення: 12.10.2025)
48. Merton R.K. Social Theory and Social Structure. New York : Free Press, 1968. 702 p. URL: https://archive.org/details/socialtheorysoci0000mert_w8x3/mode/2up (дата звернення: 12.10.2025)
49. Parsons T. The Social System. New York : Free Press, 1964. 576 p. URL: <https://archive.org/details/socialsystem00pars/mode/2up> (дата звернення: 12.10.2025)
50. Piaget J. The Psychology of Intelligence. London and New York : Taylor & Francis e-Library, 2003. 202 p. URL: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiY4aHf-OWQAxV-FBAIHxfXMCMQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.digilib.unrika.ac.id%2Findex.php%3Fp%3Dfstream-pdf%26fid%3D1868%26bid%3D63039&usg=AOvVaw3sValev2pnE43XL-EPsj9&opi=89978449> (дата звернення: 11.10.2025)
51. Rogers C.R. Client-centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory. Constable, 1951. 560 p. URL:

<https://archive.org/details/clientcenteredth00roge/page/n15/mode/2up> (дата звернення: 10.10.2025)

52. Rogers C.R. On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy. Boston : Houghton Mifflin Harcourt, 1961. 420 p. URL: https://psy-akademie.at/fileadmin/Media/WPA/Ausbildungen/PSYCHOTHERAPEUTISCHES_PROPAEDETIKUM_A-PP/Unterlagen/A.2/Carl_Rogers_On_Becoming_a_Person_Chapter_1_this_is_me.pdf (дата звернення: 09.10.2025)

53. Schlossberg N. K. A Model for Analyzing Human Adaptation to Transition. *The Counseling Psychologist*. 1981. № 9(2). P. 2-18. URL: <https://doi.org/10.1177/001100008100900202> (дата звернення: 12.10.2025)

54. Schumm H., Krüger-Gottschalk A., Dyer A., Pittig A., Cludius B., Takano K., Alpers G.W., Ehring T.. Mechanisms of change in trauma-focused treatment for PTSD: The role of rumination. *Behaviour Research and Therapy*. 2022. URL: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.104009> (дата звернення: 13.10.2025)

55. Seligman M.E.P. Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment. New York: Free Press, 2002. 336 p.

56. Selye H. The Stress of Life. New York : McGraw-Hill Education, 1978. 544 p.

57. Solomon, Z., Dekel, R., & Zerach, G. The relationships between posttraumatic stress symptom clusters and marital intimacy among war veterans. *Journal of Family Psychology*. 2008. Vol. 22 (5). P. 659–666. URL: <https://doi.org/10.1037/a0013596> (дата звернення: 16.10.2025)

58. Xue C., Ge Y., Tang B., Liu Y., Kang P., Wang M., Zhang L. A meta-analysis of risk factors for combat-related PTSD among military personnel and veterans. *PLoS One*. 2015. Vol. 10 (3). URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0120270> (дата звернення: 09.10.2025)

59. Zalta A.K. Psychological Mechanisms of Effective Cognitive–Behavioral Treatments for PTSD. *Current Psychiatry Reports*. 2015. 17 (4). URL: <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0560-6> (дата звернення: 21.10.2025)

ДОДАТКИ

Додаток А

Приклад частини анкети, розробленої та використаної під час дослідження



Анкета для дослідження психологічних особливостей адаптації ветеранів війни до цивільного життя

👋 Шановний(а) учаснику(це)! Мене звати Сулейманова Карина - магістрантка 2 курсу спеціальності С4 "Психологія"

Ви запрошуєтесь узяти участь у дослідженні, яке проводиться в межах кваліфікаційної роботи магістра з психології на тему: «Психологічні особливості адаптації ветеранів війни до цивільного життя».

Мета дослідження — вивчення емоційних станів, симптомів посттравматичного стресу, стратегій подолання труднощів та особливостей адаптації військовослужбовців після повернення до цивільного життя.

Опитування є **анонімним**, отримані дані використовуватимуться виключно у наукових цілях. Відповіді не будуть ідентифікувати вас особисто.

Будь ласка, **відповідайте щиро**, оберіть той варіант, який найбільше відповідає вашому стану або досвіду.

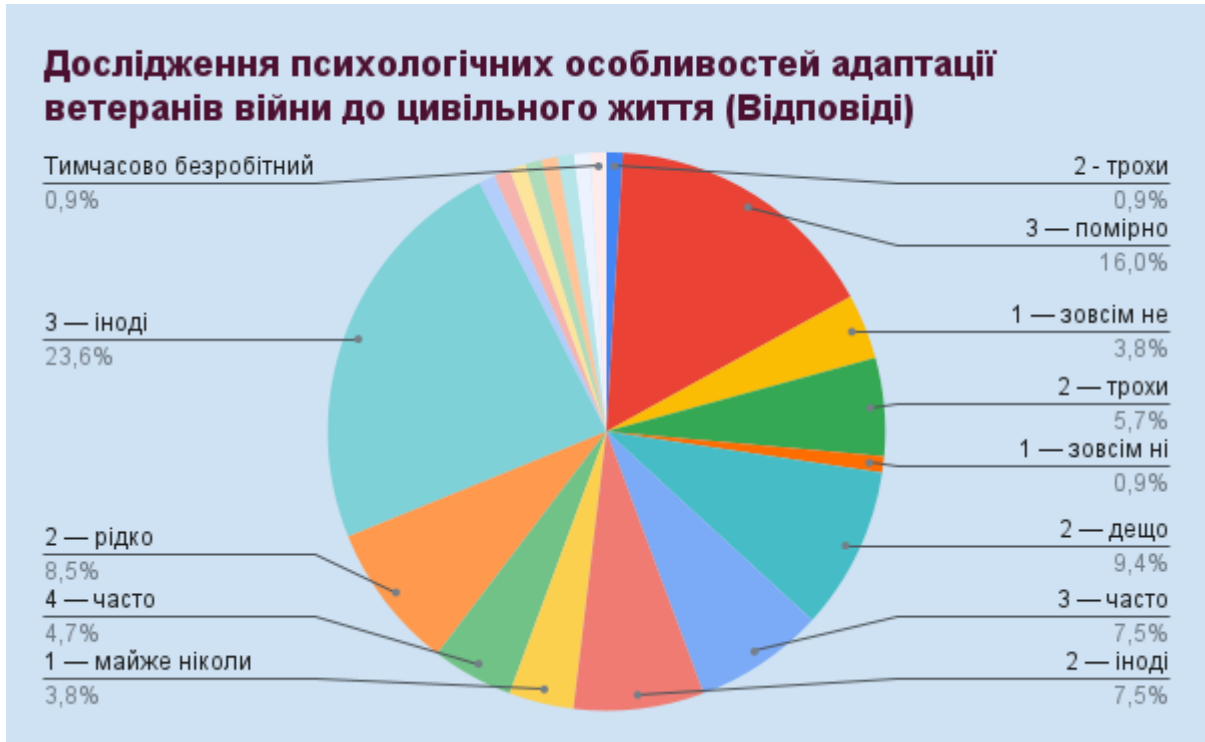
Орієнтовний час заповнення анкети — **20–25 хвилин**.

Дуже дякую за приділений час!

Зірочка (*) указує, що запитання обов'язкове

Додаток Б

Зведена діаграма відповідей дослідження психологічних особливостей адаптації ветеранів війни до цивільного життя (основні пункти)



Програма групового тренінгу “психологічна адаптація ветеранів до цивільного життя”

Мета програми:

сприяти психологічній адаптації ветеранів війни до умов цивільного життя шляхом зниження посттравматичної симптоматики, тривожності, розвитку конструктивних копінг-стратегій, підвищення рівня саморегуляції та відновлення міжособистісних зв'язків.

Тривалість: 8 занять по 90 хвилин (1–2 рази на тиждень).

Формат: закрита група з 8–12 ветеранів.

Ведення: практичний психолог (з досвідом роботи з наслідками бойової травми).

Заняття 1. Адаптація після війни: усвідомлення досвіду

Мета: створити безпечну атмосферу, нормалізувати емоційні та поведінкові реакції.

Зміст: знайомство, визначення правил роботи, психоедукаційна розмова про механізми ПТСР та адаптаційні процеси після демобілізації.

Вправа: “Мій шлях повернення” — учасники в короткій формі описують, як змінилося їхнє життя після служби, що дається найважче.

Результат: формування довіри, усвідомлення власного стану як нормальної реакції на надзвичайний досвід.

Заняття 2. Розпізнавання власних симптомів

Мета: підвищити усвідомлення зв'язку між стресовими подіями, думками, емоціями та поведінкою.

Зміст: ознайомлення з моделлю “ситуація – думка – емоція – дія”; визначення власних тригерів (звуки, натовп, конфлікти, нічні спогади).

Вправа: “Ланцюг реакцій” — учасники аналізують нещодавні ситуації, у яких вони відчули напруження або спалах гніву.

Результат: підвищення саморефлексії, готовність до роботи з переконаннями, що підтримують симптоматику ПТСР.

Заняття 3. Травма-конгруентні переконання

Мета: виявити й усвідомити переконання, що формують дезадаптивне сприйняття світу.

Зміст: обговорення типових переконань ветеранів (“ніхто не зрозуміє”, “я винен, що вижив”, “життя більше не має сенсу”).

Вправа: “Мої твердження про себе і світ” — письмове формулювання власних переконань та обговорення, як вони впливають на стосунки, роботу, родину.

Результат: ідентифікація деструктивних переконань, з якими провадитиметься подальша робота.

Заняття 4. Когнітивна реструктуризація

Мета: навчити ветеранів модифікувати травматичні переконання.

Зміст: практичне опрацювання конкретних установок за схемою: “думка – докази за – докази проти – нова думка”.

Вправа: “Перевірка переконань” — кожен учасник переписує власне травматичне переконання у більш реалістичну форму (“Я не слабкий, якщо звертаюся по допомогу”).

Результат: зменшення інтенсивності почуття провини, безпорадності, відновлення внутрішньої опори.

Заняття 5. Розвиток активних копінг-стратегій

Мета: навчити учасників ефективно долати труднощі мирного життя.

Зміст: аналіз пасивних і деструктивних копінгів (уникання, ізоляція, алкоголь), формування активних (планування, комунікація, звернення по підтримку).

Вправа: “Мій ресурсний план” — кожен формує власну систему дій у стресових ситуаціях.

Результат: посилення суб’єктності, розвиток впевненості у власних силах.

Заняття 6. Емоційна саморегуляція

Мета: сформувати навички керування напругою й тривогою.

Зміст: тренування дихальних і тілесно-орієнтованих технік (діафрагмальне дихання, прогресивна релаксація, заземлення).

Вправи: “Дихання 4–6” та “Сканування тіла”.

Результат: покращення контролю над емоційними станами, зниження фізіологічної напруги.

Заняття 7. Відновлення соціальних зв’язків

Мета: допомогти ветеранам налагодити стосунки та відновити довіру до людей.

Зміст: робота над темами довіри, взаєморозуміння, прийняття підтримки; тренування асертивної комунікації.

Вправи: “Коло підтримки” та рольові сцени “Як говорити, щоб тебе чули”.

Результат: зростання комунікативної впевненості, покращення якості стосунків у сім’ї та соціумі.

Заняття 8. Підсумкове заняття

Мета: інтеграція набутого досвіду та планування подальшого відновлення.

Зміст: підсумкове обговорення, рефлексія особистих змін, створення плану психологічної самопідтримки.

Вправа: “Мій шлях далі” — формулювання власних цілей і способів їх досягнення.

Результат: усвідомлення особистого прогресу, закріплення навичок саморегуляції, формування відчуття контролю над життям.