

МІНІСТЕРСТВО НАУКИ ТА ОСВІТИ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПРИКЛАДНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему: «Особливості психологічної адаптації та соціалізації учасників бойових дій»

студентки 2 курсу групи ЗПС 63 другого
(магістерського) рівня вищої освіти освітньо-
професійної програми «Психологія» за
спеціальністю 053 – ПСИХОЛОГІЯ
Козирєвої Гаяне Юріївни

Керівник: канд.психол.наук, доцент ЗВО
СКВОРЧЕВСЬКА Є.Л.

Чотирьохрівнева шкала оцінювання _____
Кількість балів: _____

Члени комісії _____
(підпис) (прізвище та ініціали)

(підпис) (прізвище та ініціали)

(підпис) (прізвище та ініціали)

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ,
ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ ТА ТЕРМІНІВ**

БПТ	бойова психічна травма
ГСР	гострий стресовий розлад
ПА	психологічна адаптація
ПТСР	посттравматичний стресовий розлад
СА	соціальна адаптація

ЗМІСТ

Перелік умовних позначень, символів, одиниць, скорочень та термінів	2
ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ТА СОЦІАЛІЗАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ.....	7
1.1. Поняття та сутність психологічної адаптації та соціалізації.....	7
1.2. Зарубіжний та вітчизняний досвід психологічної реабілітації та соціальної адаптації ветеранів.....	15
1.3. Фактори, що впливають на адаптацію військовослужбовців.....	27
Висновки до розділу 1.....	33
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	35
2.1. Організація дослідження.....	35
2.2. Психодіагностичний інструментарій дослідження.....	38
Висновки до розділу 2.....	41
РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ТА СОЦІАЛІЗАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ.....	42
3.1. Вивчення психологічної адаптивності учасників бойових дій.....	42
3.2. Дослідження ПТСР, тривоги та депресії учасників бойових дій.....	52
3.3. Аналіз копінг-стратегій учасників бойових дій.....	57
3.4. Результати факторного аналізу.....	63
Висновки до розділу 3.....	68
ВИСНОВКИ.....	70
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	74
АНОТАЦІЯ.....	78
ДОДАТКИ.....	80

ВСТУП

Актуальність дослідження. Участь у бойових діях є серйозним стресовим чинником, який може провокувати розвиток бойового стресу, а також посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривожних розладів, депресій та навіть суїцидальних думок. Наразі серед українських військових чітко не встановлений повний масштаб проблеми.

Питання адаптації та соціалізації учасників бойових дій є надзвичайно актуальним у сучасному українському суспільстві, особливо з огляду на тривалий збройний конфлікт, спричинений повномасштабним вторгненням росії в Україну. Тисячі військовослужбовців, які брали безпосередню участь у захисті державного суверенітету й територіальної цілісності України, після демобілізації повертаються до цивільного життя. Проте для більшості з них цей процес виявляється непростим і часто болісним. Вони зіштовхуються з проблемами психологічного, соціального, економічного, професійного та особистісного характеру, які ускладнюють їхню інтеграцію в повсякденне життя, родинне середовище, ринок праці й освітню систему. Повернення поранених та тих, хто пережив бойові дії, до цивільного життя вимагає спеціалізованої підтримки та реабілітації.

З точки зору психології, бойовий досвід часто супроводжується ПТСР, хронічною тривогою, депресією, порушеннями адаптивної поведінки. У соціальному плані ветерани часто зіштовхуються з дискримінацією, нерозумінням з боку оточення, а також відсутністю сталих механізмів підтримки, які могли б забезпечити гідне повернення до мирного життя. Психологічна адаптація та соціалізація є ключовими процесами, які визначають якість життя ветеранів, їхню здатність до праці, участь у соціальних взаємодіях та інтеграцію в суспільство. Це створює нові виклики для держави, систем охорони здоров'я, психологічної підтримки та соціальної політики.

Успішна реабілітація та реінтеграція ветеранів у суспільство з урахуванням їх індивідуальних особливостей є важливою умовою не лише для їхнього особистого добробуту, але й для стабільності та розвитку держави загалом.

Мета дослідження – виявити психологічні особливості адаптації та соціалізації учасників бойових дій.

Об’єкт дослідження – психологічна адаптація та соціалізація осіб, які брали участь у бойових діях.

Предмет дослідження – особливості психологічної адаптації та соціалізації учасників бойових дій.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати науково-теоретичні підходи до вивчення процесів психологічної адаптації та соціалізації військовослужбовців після бойових дій.
2. Вивчити особливості соціально-психологічної адаптації військовослужбовців.
3. Визначити наявність гострого стресового розладу у військовослужбовців.
4. Дослідити виразність симптомів ПТСР серед військовослужбовців.
5. Вивчити симптоми тривоги та депресії у військовослужбовців.
6. Дослідити наявність навичок подолання стресових ситуацій у військовослужбовців.

Гіпотеза дослідження: якщо рівень соціальної адаптації учасників бойових дій зростає, то рівень їх психологічної адаптації також зростає.

Методи дослідження:

- теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення;
- емпіричні: для оцінки рівня соціальної інтеграції, комунікативної компетентності та загальної психологічної адаптованості використаний тест-опитувальник «Дослідження соціально-психологічної адаптації» [26]; Шкала «Розлад адаптації новий модуль» – для діагностики симптомів дезадаптаційних розладів, що можуть виникати у військовослужбовців у процесі переходу до цивільного життя [30]; Шкала «Самооцінка наявності ПТСР» – для визначення вираженості посттравматичних симптомів [1]; «Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна» – для оцінки інтенсивності тривожних і депресивних проявів [3]; Опитувальник «Орієнтація подолання стресових ситуацій» – для дослідження копінг-стратегій та стилів подолання стресових ситуацій [33];
- статистичні: метод Колмагорова-Смірнова, кореляційний аналіз Спірмена U-критерій Манна-Уїтні, факторний аналіз 7

Для перевірки достовірності результатів і виявлення закономірностей використовувалися методи математичної статистики, серед яких: Критерій Колмогорова–Смірнова – для перевірки нормальності розподілу вибірки; Кореляційний аналіз Спірмена – для визначення взаємозв’язків між основними показниками адаптації та психологічного стану військовослужбовців; U-критерій Манна–Уїтні – для виявлення статистично значущих відмінностей між групами респондентів.

Факторний аналіз – для виділення латентних факторів, що інтегрують окремі змінні у більш узагальнені психологічні конструкти. Отримані статистичні дані інтерпретувалися з урахуванням теоретичних положень психології адаптації, сучасних підходів до вивчення ПТСР і копінг-стратегій. Особлива увага приділялася тому, як виявлені закономірності можуть пояснювати психологічні труднощі військовослужбовців у період переходу до мирного життя.

Характеристика вибірки: загальна кількість 50 досліджуваних, з них 25 військовослужбовців віком 18–25 років, 25 військовослужбовців віком 26–50 років.

Практична значущість дослідження: Практична значущість дослідження полягає в тому, що його результати можуть бути безпосередньо використані для вдосконалення системи соціально-психологічної підтримки учасників бойових дій в умовах післявоєнної реінтеграції та стабілізації суспільства.

Результати кваліфікаційної роботи були апробовані на науково-практичних конференціях та відображені в публікаціях авторів.

Публікації: наукова стаття «Особливості психосоціальної адаптації учасників бойових дій» [10]. Тези «Вікові особливості рівню тривожності та копінг-стратегій у контексті психосоціальної адаптації учасників бойових дій» [11].

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ТА СОЦІАЛІЗАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

1.1. Поняття та сутність психологічної та соціальної адаптації

Психологічна адаптація (ПА) є складним багатогранним процесом, що охоплює ряд психічних і емоційних реакцій, які допомагають індивіду адаптуватися до змінюваних умов середовища та зберігати психологічну стійкість у різних життєвих ситуаціях.

Звісно, що соціальна адаптація — це процес і водночас результат активного пристосування особистості або соціальної групи до нових умов, норм і очікувань соціального середовища. Для військовослужбовців, які повертаються після участі у бойових діях, соціальна адаптація є одним із ключових чинників відновлення психічного благополуччя та ефективного функціонування у мирному житті. Повернення до звичайного соціального середовища супроводжується низкою викликів, що можуть впливати на емоційний стан, міжособистісні стосунки та професійну реалізацію. Відсутність своєчасної підтримки підвищує ризик розвитку ізоляції, депресивних проявів та інших форм психологічного дистресу.

Успішна соціальна адаптація ветеранів є важливою умовою суспільної стабільності, психологічної безпеки та зміцнення соціальної згуртованості.

Виходячи з концепції К.М. Куркової зі співавтором, одним із центральних аспектів соціальної адаптації є інтеграція військовослужбовців у цивільне середовище. Після тривалого перебування у військовій системі цей процес часто супроводжується труднощами — зокрема у професійній самореалізації, налагодженні нових соціальних контактів та відновленні сімейних стосунків. Відсутність належної підготовки до переходу у цивільне життя може поглиблювати ці проблеми. Тому надзвичайно важливим є створення цілісних програм підтримки, спрямованих на сприяння ефективній адаптації, соціальній інтеграції та психологічній стабілізації військовослужбовців. [16].

Психологічна підтримка є невід’ємною складовою процесу соціальної адаптації військовослужбовців. Особи, які пройшли через бойові дії, нерідко

зазнають проявів посттравматичного стресового розладу та інших психологічних труднощів, що без належної допомоги можуть призвести до погіршення психічного здоров'я та якості життя.

Система психологічної реабілітації має бути доступною, комплексною та зорієнтованою на подолання наслідків травматичного досвіду, відновлення емоційної рівноваги й соціального функціонування. Важливою складовою цього процесу виступає підтримка з боку родини та близьких, що забезпечує додаткове емоційне підкріплення.

Не менш значущим напрямом є соціально-економічна підтримка, яка передбачає створення умов для фінансової стабільності, працевлаштування та професійного розвитку ветеранів. Програми перекваліфікації й професійної освіти сприяють підвищенню конкурентоспроможності на ринку праці. [16].

Вагому роль у процесі реінтеграції відіграє громадська підтримка та суспільне визнання. Повага й вдячність до військовослужбовців, участь у заходах на їхню честь зміцнюють моральний дух, сприяють відновленню самооцінки та формуванню почуття значущості у суспільстві [16].

Згідно до погляду Д. Брієра зі співавтором, у контексті соціальної та психологічної адаптації учасників бойових дій психологічна адаптація стосується здатності особи відновити внутрішню рівновагу та психологічне здоров'я після пережитих стресових ситуацій, а також ефективно функціонувати в умовах змін, викликаних поверненням з війни до мирного життя.

Поняття «психологічна адаптація» (ПА) визначається як процес, в ході якого особа пристосовує свої внутрішні ресурси (психічні, емоційні, когнітивні) до вимог нової або зміненої ситуації. У контексті участі в бойових діях цей процес особливо складний і вимагає значних зусиль через вплив травмуючих факторів — високий рівень стресу, постійна небезпека для життя, руйнівний вплив війни на психіку. ПА на цьому етапі включає як відновлення психологічної стабільності, так і формування нових моделей поведінки, які допомагають людині впоратися з викликами мирного життя [5].

Щодо особливостей ПА учасників бойових дій, За даними різних досліджень, частка психічних розладів серед військовослужбовців, які брали безпосередню

участь у бойових діях і зазнали впливу інтенсивного бойового стресу, становить приблизно від 20 до 50 % від загальної чисельності особового складу. Подібні показники підтверджуються досвідом багатьох країн, що брали участь у збройних конфліктах.

Як зазначає О. А. Блінов, участь у бойових діях завжди має свою психологічну «ціну». За даними світових наукових джерел, уже в перші дні перебування в зоні бойових дій бойову психічну травму (БПТ) отримують близько 60–65 % військовослужбовців. Лише близько чверті (25 %) осіб демонструють адекватну реакцію на бойову обстановку, тоді як у решти спостерігаються різні форми дезорганізації психічної діяльності: 10–25 % мають реактивні психологічні порушення, а у близько 35 % розвиваються стійкі психічні розлади, які можуть зберігатися протягом життя. У подальшому у 50–80 % осіб, які перенесли тяжкий стрес, формується ПТСР [2].

Учасники бойових дій, після тривалого перебування в умовах війни, стикаються з численними психологічними проблемами, які можуть ускладнювати процес їх адаптації до мирного життя через відчуття ізольованості та непорозуміння з оточуючими. Серед основних труднощів, з якими стикаються ветерани, можна виокремити, по-перше, ПТСР, котрий є однією з найбільш поширених психологічних реакцій після участі у бойових діях і проявляється у вигляді спогадів, нічних кошмарів, емоційної відчуженості, депресії та тривожних розладів.

Згідно до «Дослідницьких діагностичних критеріїв» МКХ-10 (ВООЗ, 1992), Гостра реакція на стрес (F43.0) — це короткочасний психічний розлад, що виникає у людини без попередніх проявів психопатології у відповідь на надзвичайний фізичний або психоемоційний стрес. Зазвичай такі симптоми мають тимчасовий характер і зникають протягом кількох годин або днів. ПТСР (F43.1) визначається як відстрочена або тривала реакція на події винятково загрозливого чи катастрофічного характеру, які здатні викликати сильний дистрес у більшості людей [29].

Обидва розлади — ГСР та ПТСР — характеризуються низкою спільних симптомів.:

- Повторне переживання проявляється нав'язливими спогадами про травматичну подію, нічними кошмарами, різким емоційним чи фізіологічним напруженням (пітливістю, тахікардією, панічними реакціями) у ситуаціях, що нагадують про травму.

- Уникнення і емоційне заціпеніння – виражаються у свідомому відстороненні від думок, розмов, місць чи діяльності, пов'язаних із травматичним досвідом, у втраті інтересу до звичних занять, зниженні емоційної чутливості та почутті віддаленості від оточення.

- Надмірне збудження – це стан, що проявляється порушеннями сну, підвищеною дратівливістю, труднощами з концентрацією уваги, надмірною пильністю та посиленою реакцією переляку на незначні подразники.

Основна відмінність між ГСР (308.3) і ПТСР (309.81) за класифікацією DSM-5 полягає у тривалості періоду після травматичної події. ГСР діагностується у проміжку від двох днів до одного місяця після травматичного інциденту, тоді як ПТСР встановлюється не раніше ніж через місяць після пережитого стресу. ПТСР може розвиватися після епізоду гострої стресової реакції або латентного періоду, який триває від кількох тижнів до пів року, а в окремих випадках — навіть кілька років. Перебіг ПТСР може бути гострим, якщо симптоми зберігаються менше трьох місяців, або хронічним, якщо вони тривають три місяці й більше. Якщо симптоми з'являються через пів року після події, розлад визначається як ПТСР із пізнім проявом. Для цього стану характерний хвилеподібний перебіг. У більшості випадків можливе поступове відновлення, проте в частини осіб ПТСР набуває тривалого характеру й може трансформуватися у стійку зміну особистості (F62.0) [15].

У комбатантів спостерігаються наступні ознаки:

- емоційна нестабільність і агресивність: після пережитих стресів війни багато учасників бойових дій мають труднощі з контролюванням своїх емоцій, що може призводити до конфліктних ситуацій у родині, на роботі та в суспільстві загалом. Це також утруднює встановлення нових соціальних зв'язків і вимагає професійної психологічної підтримки.

- Невизначеність щодо майбутнього: у багатьох ветеранів, після повернення додому, виникає відчуття безцільності або втрати сенсу життя. Вони можуть відчувати себе «розривними» між двома світи: «військовим», де були певні правила і цілі, і «цивільним», де ці структури не завжди чітко визначені.

- Адаптація до змін у соціальних ролях: повернення до цивільного життя передбачає зміни у соціальних ролях — повернення до родини, зміна професії або ж адаптація до нових умов роботи. Це може викликати стрес, особливо якщо особа не отримала необхідної підтримки для відновлення зв'язків з родиною або реінтеграції в робочий процес [29].

Психологічна реабілітація військовослужбовців — це система заходів, спрямованих на відновлення та зміцнення психологічних функцій організму. Вона є складовою частиною загального реабілітаційного процесу, який також охоплює медичну, професійну та соціальну реабілітацію. Основна мета полягає у відновленні або компенсації порушених психічних функцій, підвищенні працездатності, активізації соціальної участі, а також у корекції самооцінки та соціального статусу військовослужбовців — учасників бойових дій, які зазнали психічних розладів, бойових травм чи каліцтв.

За умови своєчасного та ефективного проведення психологічної реабілітації людина здатна швидше адаптуватися до мирного життя й уникнути численних труднощів, що зазвичай виникають у тих, хто має досвід участі в бойових діях [5].

Травматичні події неминуче залишають глибокий слід у психологічному стані людини. У воєнних умовах таких ситуацій надзвичайно багато, тому вони часто стають причиною розвитку посттравматичного синдрому, депресії та інших серйозних психічних станів, які нерідко спостерігаються у ветеранів та учасників бойових дій. Без своєчасної підтримки ці наслідки можуть призвести до зловживання алкоголем чи наркотичними речовинами, появи соматичних захворювань і навіть підвищення ризику суїцидальної поведінки. Саме тому надання психологічної допомоги є життєво необхідним — як для ветеранів, які через травму або інші причини вже не можуть повернутися до служби, так і для військовослужбовців, що продовжують виконувати бойові завдання. У кожному з

цих випадків робота фахівців обов'язкова, хоча підходи та методи психологічної підтримки можуть відрізнятися [32].

Сучасні наукові дослідження доводять, що своєчасне застосування психологічних методів втручання сприяє зниженню доклінічних проявів посттравматичної симптоматики, симптомів гострого стресового розладу та зменшує ризик розвитку посттравматичного стресового розладу у осіб, які зазнали впливу травматичних подій [15].

Психологічна реабілітація військовослужбовців охоплює широкий спектр завдань. Серед основних — нормалізація емоційного стану, відновлення порушених унаслідок війни психічних функцій, прийняття власного “Я-образу”, особливо у випадках тяжких фізичних травм, таких як втрата кінцівок, відновлення взаємин із соціальним оточенням, переосмислення життєвих цінностей та пошук нового сенсу життя.

Важливою складовою цього процесу є самоідентифікація — усвідомлення власного “Хто Я?”, формування цілісного внутрішнього світу з урахуванням набутого бойового досвіду та підтримка особистості на шляху посттравматичного зростання [19]. Отже, психологічна реабілітація сприяє не лише відновленню емоційного стану, а й покращенню міжособистісних стосунків, полегшує процес психологічної адаптації до життєвих змін, що відбулися.

Психологічна реабілітація включає надання комплексу спеціалізованих послуг. Першочерговим етапом є психологічна діагностика — оцінювання поточного емоційного та психічного стану особи, виявлення її індивідуально-психологічних особливостей, моніторинг динаміки психічного здоров'я, а також визначення потреб і найефективніших методів подальшої психологічної реабілітаційної роботи.

Наступним етапом виступає психологічна просвіта та інформування — процес передачі знань отримувачам послуг з метою формування розуміння закономірностей роботи людської психіки, особливостей поведінки в екстремальних умовах, розвитку навичок саморегуляції та управління власним емоційним станом. Також цей етап спрямований на оволодіння вміннями самодопомоги й надання первинної психологічної підтримки іншим, а також на

формування усвідомленої готовності та мотивації звертатися по професійну психологічну допомогу у разі необхідності.

Реабілітаційний процес також передбачає проведення психологічного консультування — комплексу короткострокових заходів, які здійснює фахівець-психолог. Їхня мета полягає у наданні отримувачу необхідної психологічної інформації, емоційної підтримки, сприянні у прийнятті свідомих рішень та усвідомленні власних психологічних ресурсів для зміни поведінки. Консультування допомагає розвинути відповідальність за власні дії, підвищити рівень самосвідомості, змінити ставлення до проблемних ситуацій, а також сприяє зростанню стресостійкості та формуванню високої психологічної культури.

У процесі реабілітаційної роботи важливе місце посідає психологічна підтримка та супровід — це система соціально-психологічних методів і засобів, спрямованих на сприяння особистісному та професійному самовизначенню людини під час відновлення її здібностей, ціннісних орієнтацій і самосвідомості. Така підтримка допомагає підвищити рівень адаптованості й конкурентоспроможності, ефективно долати стресові та складні життєві ситуації, а також запобігати виникненню психологічних кризових станів.

Важливим етапом реабілітаційного процесу є психотерапія — застосування психологічних методів впливу для розв'язання особистісних і міжособистісних труднощів за допомогою стандартизованих процедур, що проводяться індивідуально або в груповому форматі. Її мета полягає у відновленні або компенсації порушених психічних функцій, розвитку особистісних якостей, покращенні міжособистісних взаємин та загального рівня психологічного благополуччя і якості життя отримувача послуг.

У подальшому учасники бойових дій залучаються до групових форм роботи, що включають проведення психологічних тренінгів, інтерв'ю, занять із психологічної просвіти та інформування у межах груп підтримки. Такі заходи реалізуються за допомогою стандартизованих методик і спрямовані на саморозкриття учасників, осмислення власного досвіду, пошук ефективних способів подолання психологічних труднощів, розвиток навичок самопізнання й

самовдосконалення, а також формування нових комунікативних і поведінкових стратегій [12].

На думку В. Ільїна, потреба в психологічній реабілітації виникає тоді, коли у психічній сфері з'являються суттєві порушення, здатні спричинити розвиток психологічних дисфункцій. Грамотно організовані психореабілітаційні заходи сприяють відновленню нормального функціонування особистості та запобігають появі симптомів посттравматичного стресового розладу.

У процесі реабілітації в постекстремальний період виокремлюють кілька послідовних фаз, кожна з яких підпорядковується спільним закономірностям і механізмам розвитку.

Так, на початковому етапі, у фазі «збудженості» або «медового місяця», у військовослужбовців зазвичай спостерігається стан ейфорії, пов'язаний із усвідомленням того, що вони залишилися живими. У цей період комбатанти часто не звертають уваги на життєві труднощі, відчують піднесення, впевненість у собі та налаштовані на активну життєву позицію, орієнтуючись на прийнятті в суспільстві норми поведінки. У власному сприйнятті формується образ «Я — героя», який не завжди збігається з оцінкою оточення. Захисні реакції проявляються у вигляді підвищеної рухової активності, гіперактивності, агресивності, а також у станах апатії, безпорадності, психічної регресії чи схильності до вживання психоактивних речовин (ПАР). Звісно, що до 40% військовослужбовців уживають ПАР. Внутрішньоособистісний конфлікт у колишнього учасника бойових дій виникає через труднощі повторної інтеграції в соціальне середовище, що зумовлені розбіжністю між його власним сприйняттям та оцінкою поведінки з боку оточення. Соціум часто розглядає поведінку ветерана як девіантну, водночас вважаючи, що він перебуває «у повному здоров'ї», що лише посилює внутрішнє напруження та відчуття непорозуміння.

Сам комбатант, перебуваючи на рівні часткової неусвідомленості власних дій, не сприймає негативної реакції чи критики з боку суспільства. У нього може формуватися внутрішня роздвоєність, почуття провини та суперечливі, амбівалентні емоційні переживання. Основним завданням реадaptaції на цьому початковому етапі є відновлення реалістичного сприйняття навколишнього світу,

повернення до раціонального мислення та збереження контролю над власною поведінкою і ситуацією. Подолання залежностей здійснюється через індивідуальні та групові психотерапевтичні підходи. Під час терапії аналізується поведінка особи, що має адикції, з метою виявлення подій і психотравмуючих факторів, які призвели до розвитку залежності, зокрема досвіду перебування в умовах підвищеного ризику для життя [8].

Друга фаза — так званий період «розчарування» — зазвичай триває від восьми до десяти місяців після повернення із зони бойових дій. Вона характеризується глибоким переосмисленням пережитого досвіду, власної участі у конфлікті, свого місця та ролі в ньому. У цей час формується більш реалістичне сприйняття життя, проте військовослужбовець стикається з численними побутовими, службовими й моральними труднощами. Ідеалізований образ «Я — героя» поступово зникає, а на його місце нерідко приходять прояви ПТСР [8].

Третя фаза — «відновлення» — зазвичай настає через 10–18 місяців після участі у збройному конфлікті. У цей період спостерігаються позитивні зміни в психічному стані військовослужбовця: поступово зменшується вплив зовнішніх подразників, які раніше виступали головним дестабілізуючим чинником, і з'являються ознаки внутрішньої стабілізації та психологічного відновлення [8].

Отже, результативна психологічна реабілітація військовослужбовців вимагає цілісного підходу, який охоплює всі етапи — від подолання початкових стресових реакцій до досягнення повної соціальної адаптації. При цьому необхідно враховувати як індивідуальні особливості та потреби кожного військового, так і соціальні чинники, що сприяють ефективному відновленню та адаптації.

1.2. Зарубіжний та вітчизняний досвід психологічної реабілітації та соціальної адаптації ветеранів

Психологічна реабілітація та соціальна адаптація ветеранів є надзвичайно важливими складовими їхнього успішного повернення до мирного життя. Після участі у бойових діях особистість стикається з серйозними психоемоційними навантаженнями, що можуть призвести до тривалих психологічних наслідків:

ПТСР, тривожних і депресивних станів, порушення соціальних зв'язків. У зв'язку з цим актуальним постає питання розробки й впровадження ефективних психологічних програм допомоги, які враховують як індивідуальні, так і соціокультурні особливості ветеранів.

Досвід зарубіжних країн, зокрема США, Ізраїлю, Великої Британії та Канади, пропонує широке різноманіття моделей психологічної підтримки, що базуються на когнітивно-поведінковій терапії, груповому консультуванні, сімейній терапії та інтеграції ветеранських спільнот. Водночас вітчизняна практика перебуває у стадії активного розвитку: з'являються як державні ініціативи, так і волонтерські програми, орієнтовані на відновлення психічного здоров'я українських захисників.

Метою цього розділу є систематизація та порівняльний аналіз ефективних психологічних підходів до реабілітації ветеранів у міжнародному та вітчизняному контекстах. Такий аналіз дозволить виявити перспективні напрями вдосконалення національної системи психологічної допомоги, ґрунтуючись на наукових підходах і практичному досвіді.

Проблема реабілітації та адаптації військовослужбовців набуває особливої актуальності в умовах сучасних воєнних конфліктів, адже такі події істотно впливають на психічне здоров'я військових у всьому світі. З огляду на відмінності культурних, соціальних та економічних умов, підходи до надання допомоги та відновлення військових у різних країнах мають свої специфічні риси. Нижче подано розгорнутий огляд провідних практик і здобутків у цій сфері на прикладах США, Великої Британії, Ізраїлю та інших держав, що дає можливість проаналізувати, яким чином різні країни підходять до розв'язання цих складних завдань.

Більшість науковців розглядають ПТСР як стан, що виникає у відповідь на потужний психоемоційний стресовий вплив. Для цього синдрому характерні прояви дезадаптації, порушення поведінки, епізоди амнезії, підвищена тривожність і схильність до депресивних реакцій. Вперше подібні симптоми були зафіксовані у солдатів під час Першої світової війни — тоді їх трактували як «легку контузію», спричинену вибуховою хвилею. Згодом, коли стало зрозуміло, що подібні розлади можуть виникати і без фізичного впливу вибуху, цей стан отримав назву

«синдрому хронічної втоми», а з часом став відомим як ПТСР. Серед основних психотравмуючих чинників для військовослужбовців — інтенсивне психічне напруження, споглядання руйнувань, поранених, людських втрат, а також тривале перебування у складних фізичних умовах, зокрема при переохолодженні.

Після першого перебування в зоні бойових дій у багатьох військовослужбовців спостерігаються прояви депресії, тривожності, гострих реакцій на бойовий стрес або травму, що можуть включати депресивні стани та генералізований тривожний розлад. Значна частина таких осіб потребує допомоги фахівців — психологів, психіатрів і психотерапевтів — через підвищений ризик розвитку посттравматичного стресового розладу. За результатами досліджень, від 20% до 40% військовослужбовців потребують психологічної підтримки. Ознаки ГТР виявляються у 60–80% тих, хто був свідком загибелі товаришів по службі, мирних мешканців або бачив тіла загиблих. Особливо високий ризик розвитку психічних порушень спостерігається серед молодих військових віком 18–24 років, які вже мають симптоми депресії або схильність до зловживання алкоголем.

ПТСР формується приблизно у 25–40% військовослужбовців, які зазнали бойової травми, але не звернулися по психологічну допомогу через страх бути сприйнятими як слабкі, боягузливі або через побоювання можливих наслідків для кар'єри. Серед характерних проявів ПТСР відзначають надмірну потребу в контролі — наприклад, нав'язливе перевіряння дверей, вікон чи транспортних засобів для впевненості у власній безпеці. Подібна поведінка може бути раннім індикатором підвищеного ризику розвитку ПТСР. Особливо вразливими до цього розладу є військові, які вже мали досвід попередніх психотравм, зокрема пов'язаних із насильством. Ймовірність розвитку ПТСР подвоюється, якщо інтервал між попередньою травмою та участю в бойових діях становить менше п'яти років.

Як окрема клінічна форма, ПТСР був офіційно визнаний і включений до психіатричного діагностичного стандарту (DSM-III) американськими вченими у 1980 році після вивчення психічних порушень у ветеранів війни у В'єтнамі. Протягом тривалого часу цей діагноз розглядався як різновид «тривожних

розладів» і застосовувався переважно в межах американської психіатричної практики.

У 1995 році описи ПТСР були введені до редакції МКХ-10 і з того часу стали основним діагностичним стандартом у європейських країнах [15].

Система реабілітаційних заходів у Збройних силах США функціонує під керівництвом начальників медичних управлінь Військово-повітряних сил і Військово-морського флоту, а також командувача медичного командування сухопутних військ у межах програми «повернення до служби» (Return to Duty). Ця програма охоплює профілактичні, соціальні та реабілітаційні заходи, спрямовані як на військовослужбовців, так і на членів їхніх сімей. У структурі медичної служби армії США передбачено функціонування курортних і санаторних закладів, пансіонатів та центрів відпочинку, у тому числі за межами країни, де організовується відпочинок та психологічне відновлення військових і їхніх родин. Реабілітаційні програми реалізуються як у військових госпіталях, так і у спеціалізованих відділеннях великих медичних установ. Згідно з літературними даними, у складі командування матеріально-технічного забезпечення Корпусу морської піхоти США діє полк реабілітації військовослужбовців, до якого входять штаб, батальйон реабілітації «Захід» (Кемп-Пендлтон, Каліфорнія) та батальйон реабілітації «Схід» (Кемп-Леджен, Північна Кароліна). Особовий склад цих підрозділів розміщується у медичних закладах у місцях постійної дислокації військ, а також у реабілітаційних центрах Міністерства у справах ветеранів [37].

У Великій Британії медична реабілітація військовослужбовців здійснюється у спеціалізованих функціональних підрозділах цивільних лікарень — близько 75 таких відділень, де термін перебування становить до 10 днів. Також реабілітація проводиться в клінічних центрах із тривалістю лікування до 90 днів та в 15 регіональних реабілітаційних відділеннях, розташованих у місцях дислокації медичних полків і центрів різних родів військ, де перебування триває до 21 дня.

Окремо функціонує спеціалізований реабілітаційний центр у графстві Суррей, розрахований на 144 місця, де проходять лікування та відновлення найтяжчі пацієнти. Термін їхньої реабілітації може тривати до 12 місяців [36].

Система відновного лікування в Німеччині була створена з урахуванням досвіду медичних служб країн НАТО та колишнього Варшавського договору. Вона вирізняється високим рівнем соціальної підтримки військовослужбовців, яких направляють до спеціалізованих цивільних курортних закладів, що працюють на договірній основі з Міністерством оборони. Тривалість перебування в таких установах становить щонайменше 21 день. Медико-психологічна реабілітація проводиться після завершення виконання службових або бойових завдань [15].

У Збройних силах Франції реабілітаційні заходи переважно спрямовані на військовослужбовців, які брали участь у спеціальних операціях. У структурі медичної служби відсутні вузькоспеціалізовані реабілітаційні центри — відновлення здоров'я здійснюється у спеціалізованих відділеннях дев'яти клінічних госпіталів або в інших медичних закладах.

У Китаї військовослужбовці проходять планову реабілітацію в санаторно-курортних установах не рідше ніж один раз на 2–3 роки. Такі заклади розташовані переважно у прибережних і внутрішніх кліматичних регіонах країни, що мають відповідні природні ресурси та розвинену інфраструктуру. Окремі категорії військових після виконання службових завдань обов'язково направляються на відпочинок до військових курортів терміном до 14 днів. Медична реабілітація для осіб із функціональними порушеннями проводиться у спеціалізованих військових реабілітаційних центрах, розташованих у великих гарнізонах. Там проходять відновлення як діючі військовослужбовці, так і звільнені зі служби особи, з тривалістю перебування до шести місяців [15].

В Ізраїлі існує глибоке розуміння важливості психологічної підтримки ветеранів, що відображається у тісній співпраці державних структур, суспільства та військових відомств у створенні й реалізації програм, спрямованих на збереження психологічного здоров'я та покращення добробуту колишніх військовослужбовців. У країні діє низка спеціалізованих програм і сервісів, метою яких є надання допомоги та підвищення якості життя ветеранів, котрі зазнали наслідків бойового стресу. Основна особливість цих програм полягає у комплексному, індивідуалізованому підході до процесу реабілітації та психологічного супроводу,

який враховує особисті потреби ветеранів і специфіку їхнього бойового досвіду [35].

Ще під час війни з Ліваном у 1982 році ізраїльські військові психологи впроваджували принципи надання допомоги постраждалим, відомі як VISED. З цією метою були створені спеціальні підрозділи відновлення боєздатності (Combat Fitness Retraining Unit), до складу яких входили психіатри, клінічні психологи, соціальні працівники, а також інструктори з фізичної підготовки та бойового навчання. Важливою особливістю було те, що більшість фахівців, які надавали допомогу, мали власний бойовий досвід, що сприяло встановленню довіри між ними та військовослужбовцями і підвищувало ефективність психотерапевтичної роботи [17].

Методологія «VISED» включала наступні принципи:

Валідація (Validation). Цей принцип передбачає визнання та прийняття емоцій і досвіду постраждалих. Психолог створює безпечне середовище, де постраждалі можуть відкрито висловлювати свої почуття та переживання.

Інформування (Information). Цей принцип включає надання постраждалим чіткої та об'єктивної інформації про те, що сталося, причини подій та наслідки. Це допомагає розуміти контекст події та зменшує почуття невизначеності.

Підтримка (Support) - передбачає надання постраждалим як емоційної, так і практичної допомоги. Завдання психолога полягає у створенні безпечної, приймаючої атмосфери, де людина може відчувати підтримку, поділитися своїм досвідом і поспілкуватися з іншими, хто пережив схожі події.

Експресія (Expression) - принцип, що сприяє відкритому прояву емоцій і переживань. Постраждалим надається можливість вільно висловлювати свої почуття — страх, гнів, смуток, біль утрати тощо. Психолог заохочує таку емоційну відкритість, допомагаючи людині знайти конструктивні способи вираження власних емоцій.

Розробка (Development) - орієнтований на особистісне зростання постраждалих і формування в них нових внутрішніх ресурсів для подолання травматичного досвіду. Психолог підтримує процес відновлення, допомагає

розвивати адаптивні навички, зміцнювати психологічну стійкість і знаходити нові стратегії для подальшого життя [35].

За даними А. О. Фельдмана, в Ізраїлі наразі працює понад 2500 кваліфікованих військових психологів. Під час активних бойових дій до служби додатково залучають резервістів, що дозволяє забезпечити співвідношення одного спеціаліста з психологічного супроводу на 70–90 військовослужбовців. Цікаво, що в Ізраїлі військових психологів офіційно називають «офіцерами зі здоров'я душі», що допомагає уникнути стигматизації та упередженого ставлення до психічного стану військовослужбовців [28].

Ізраїльські військові психологи здійснюють посткризове тестування, яке проходять усі учасники бойових дій, а також проводять діагностику бойової психічної травми та посттравматичного стресового розладу. Підрозділи психологічної підтримки військовослужбовців забезпечують безперервну психологічну допомогу, що охоплює розвиток стресостійкості особового складу, формування його психологічної готовності до виконання службових і бойових завдань, а також надання підтримки військовим і членам їхніх родин, які зазнали впливу екстремальних умов служби.

В Ізраїлі особливу увагу приділяють реабілітації військовослужбовців після демобілізації, забезпечуючи, щоб жоден борець не залишився наодинці навіть із незначними труднощами. Реабілітаційна програма передбачає підготовку членів родини та близького оточення демобілізованого до його повернення додому, що сприяє м'якій соціальній адаптації. Діяльність підрозділу, відповідального за роботу з демобілізованими, охоплює розробку та реалізацію реабілітаційних програм, створення й підтримку центрів анонімної допомоги, надання соціальної підтримки, супровід військовослужбовців із інвалідністю та тих, хто зазнав бойової психічної травми. Основна мета — забезпечити безперервну психологічну та соціальну підтримку на шляху відновлення та повернення до цивільного життя.

Одним із центральних напрямів психологічної допомоги є виявлення та подолання ПТСР. В Ізраїлі діє мережа спеціалізованих центрів, що займаються діагностикою та лікуванням ПТСР. У цих установах ветерани та учасники бойових дій отримують індивідуальні консультації, проходять психотерапію, групові

заняття та інші відновні програми, спрямовані на покращення психологічного стану та загального самопочуття.

Організацію системи психологічної допомоги в армії Ізраїлю забезпечують Міністерство охорони здоров'я, Міністерство оборони та Міністерство внутрішніх справ. У кризових ситуаціях — під час воєнних операцій чи терористичних актів — ці відомства формують спільний координаційний штаб, який об'єднує зусилля для ефективного надання психологічної підтримки. [17].

Крім державних програм, в Ізраїлі активно діють громадські та ветеранські організації, які надають соціальну й психологічну підтримку колишнім військовослужбовцям. Зокрема, такі об'єднання, як «Організація ветеранів-інвалідів ЦАХАЛ», «Лахавах», «Маген» та «Ширут ха-Хаяль», займаються питаннями психологічної реабілітації, особистісного розвитку та успішної реінтеграції ветеранів Ізраїльських оборонних сил у цивільне життя. Вони пропонують широкий спектр послуг — від психотерапії та групових занять до навчальних тренінгів і відновних програм.

Також функціонують спеціалізовані центри психологічної допомоги ветеранам, серед яких «Шинуй», «Ахим Лехаїм» та «Намут», що зосереджують свою діяльність на роботі з ПТСР та іншими психологічними наслідками бойового досвіду. Вони надають індивідуальні консультації, організовують групові терапевтичні сесії та програми самодопомоги.

Основна мета цих організацій — забезпечити ветеранам комплексну підтримку для відновлення їхнього фізичного, психологічного й соціального благополуччя, а також надати допомогу їхнім родинам. [17].

Україна виявляє зацікавленість у впровадженні та адаптації ізраїльського досвіду в сфері медичної й психологічної реабілітації ветеранів війни, а також у наданні підтримки їхнім родинам і сім'ям загиблих військовослужбовців [18].

Психореабілітація — це багатоступеневий процес, спрямований на відновлення психологічного благополуччя та підвищення якості життя людей, які зазнали впливу воєнних травм чи стресових подій. Першим етапом психореабілітації є оцінка психологічного стану особистості та виявлення її індивідуальних потреб. На цьому етапі проводиться діагностика ПТСР або інших

психічних порушень, що виникли внаслідок воєнних дій. Отримані результати стають основою для створення індивідуальної програми реабілітації, у якій враховуються особисті цілі, можливості й ресурси клієнта.

Психотерапевтична підтримка є центральним елементом процесу і може здійснюватися у форматі індивідуальної, групової або сімейної терапії. Її мета — допомогти людині усвідомити, переосмислити та трансформувати негативні думки, емоції та поведінкові реакції, пов'язані з травматичними подіями.

Ключовою метою психореабілітації є формування в особистості ефективних стратегій подолання стресу та життєвих труднощів. Для цього застосовуються методи розвитку стресостійкості — аутогенне тренування, дихальні техніки, вправи на релаксацію, навчання навичкам саморегуляції тощо.

Важливим напрямом є створення сприятливого соціального середовища та підтримка процесу соціальної реінтеграції ветеранів. Це охоплює допомогу у працевлаштуванні, професійній перепідготовці, здобутті нових знань і навичок.

Не менш значущим компонентом є післяопікування (follow-up support) — довготривала підтримка ветеранів і їхніх родин після завершення основного етапу реабілітації. Вона може включати регулярні психологічні консультації, участь у групах взаємопідтримки, програмах самодопомоги та доступ до необхідних ресурсів. Таке тривале супроводження допомагає зберегти досягнуті результати, підтримувати психологічну рівновагу та ефективно долати можливі стресові ситуації у подальшому житті [4].

Проблема посттравматичних стресових розладів (ПТСР) та інших психологічних наслідків бойового стресу набуває дедалі більшої актуальності. Україна, яка переживає повномасштабну війну, розв'язану російською федерацією, вже стикається з серйозними викликами, пов'язаними з психологічними наслідками для військових, ветеранів та їхніх родин. Психологічна реабілітація і супровід є надзвичайно важливими не лише для психофізичного й емоційного відновлення ветеранів, але й для їхньої успішної соціальної адаптації та реалізації життєвих планів після повернення з війни. За світовими даними, близько кожного третього учасника бойових дій вражають нервово-психічні розлади, що потребують комплексної медичної та психологічної [12].

В Україні соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців гарантується державою та надається безкоштовно, тож кожен, хто потребує допомоги, може звернутися за нею. Існує кілька способів отримати підтримку: можна звернутися до сімейного лікаря для отримання направлення, самостійно записатися на прийом до психотерапевта або звернутися до спеціалізованого реабілітаційного центру. Якщо ж військовослужбовець перебуває на лікуванні у госпіталі через фізичну травму, він може отримати необхідну психологічну допомогу безпосередньо там [9].

Україна вже майже 13 років перебуває у стані війни, а повномасштабне вторгнення Російської Федерації змусило переглянути пріоритети у сфері надання психологічної допомоги постраждалим. У червні 2022 року перша леді України Олена Зеленська започаткувала Національну програму психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, яка реалізується за підтримки Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). Метою цієї ініціативи є створення української моделі системи психічного здоров'я та психосоціальної допомоги, що поєднуватиме найкращі міжнародні та національні практики. Основне завдання програми — сформувати ефективну систему якісних і доступних послуг у сфері психічного здоров'я, щоб кожен, хто потребує допомоги, міг отримати її своєчасно та професійно [23].

У межах Національної програми психічного здоров'я та психосоціальної підтримки вже пройшли навчання близько 60 тис. фахівців різних галузей. Зокрема, було організовано серію тренінгів для інструкторів за курсом ВООЗ «Самодопомога плюс», присвяченим управлінню стресом. Участь у навчанні взяли представники Міністерства охорони здоров'я, Міністерства соціальної політики, Міністерства освіти і науки, Міністерства у справах ветеранів, МВС, Міністерства оборони, Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій, а також тренери з компаній – членів спільноти «Бізнес без бар'єрів», неурядових і міжнародних організацій. У межах програми також було розроблено низку методичних та інформаційних матеріалів, серед яких: довідник «Базові навички турботи про себе та інших»; новий розділ «Довідника безбар'єрності» – «Етика взаємодії у період стресу»; керування стресом у застосунку «BetterMe»: «Mental

Health»; ролики для телебачення «Скажи чесно, ти як?», аптечка самодопомоги від українських зірок і телеведучих; серія анімаційних відеороликів про природу стресу, допомогу собі та близьким [31].

10 травня 2023 року відбулося розширене засідання Міжвідомчої координаційної ради з питань охорони психічного здоров'я та надання психологічної допомоги постраждалим від агресії РФ проти України. Під час засідання було представлено сім ключових проєктів у сфері психічного здоров'я. Серед них – ініціатива Міністерства охорони здоров'я «Охорона психічного здоров'я у структурі медичної допомоги», яка охоплює всі категорії населення та передбачає інтеграцію послуг із психічного здоров'я на рівні первинної та вторинної медичної допомоги. Це означає, що кожен пацієнт зможе отримати базову психологічну підтримку у свого сімейного лікаря, який за необхідності скерує його до профільного спеціаліста [24].

Міністерство соціальної політики представило проєкт «Створення центрів життєстійкості в Україні», який спрямований на надання психосоціальної підтримки мешканцям громад, фахівцям, що працюють на передовій лінії допомоги, а також волонтерам.

Своєю чергою, Міністерство у справах ветеранів розпочинає реалізацію проєкту «Перехід від військової служби до цивільного життя (у частині психологічної допомоги)». Він передбачає розроблення цифрового інструменту — мобільного застосунку, який допомагатиме військовим, ветеранам та їхнім родинам адаптуватися до мирного життя й отримувати необхідну психологічну підтримку [19].

Міністерство оборони реалізовує проєкт «Створення системи психологічного відновлення особового складу Збройних Сил України RECOVERY», який має на меті забезпечити психологічну реабілітацію військовослужбовців, членів їхніх родин та осіб, звільнених із полону та передбачає створення мережі спеціалізованих центрів, де надаватиметься професійна допомога з відновлення психічного здоров'я та адаптації після пережитих травматичних подій. [9].

Міністерство внутрішніх справ розробляє Алгоритм надання психологічної допомоги та супроводу в кризових і екстрених ситуаціях, який дозволить забезпечити безперервність допомоги постраждалим. Згідно з цим алгоритмом, після надання первинної психологічної підтримки безпосередньо на місці події постраждала особа буде спрямована далі за визначеним маршрутом системи психосоціального супроводу.

Міністерство освіти і науки представило проект «Психосоціальна підтримка та психологічна допомога на всіх рівнях освіти», що передбачає інтеграцію навичок психологічної стійкості у навчальний процес — від дошкільної до вищої освіти. Крім того, проект передбачає реформування та модернізацію психологічної служби в освітній системі, щоб зробити її більш ефективною та доступною.

Окрім державних програм, в Україні активно діють громадські ініціативи, спрямовані на надання психологічної підтримки населенню. Вагомий внесок у збереження психічного здоров'я громадян роблять профільні неурядові організації.

Зокрема, Національна психологічна асоціація (НПА) у червні 2022 року запустила безкоштовну гарячу лінію психологічної допомоги, яка функціонує у форматі аудіо- та відеодзвінків. За підтримки міжнародних партнерів аналогічні гарячі лінії НПА відкрила ще у двадцяти європейських країнах. На них працюють кваліфіковані психологи, які мають відповідний досвід і спеціальну підготовку для роботи у кризових ситуаціях. Це має особливе значення, оскільки не в усіх країнах українські біженці можуть отримати повноцінну психологічну підтримку поряд із фінансовою чи медичною допомогою. Крім того, такі гарячі лінії допомагають українцям, які перебувають за кордоном, зберігати ментальний зв'язок із Батьківщиною та відчуття підтримки з боку своєї спільноти.

В Україні також діє низка платформ, що надають безоплатну психологічну допомогу. Серед них — цілодобова служба психологічної підтримки «Запорука», «Хаб стійкості», група психологічної підтримки «Разом», центр психологічної допомоги «ОбійМи», центр консультування «Open Doors», онлайн-платформа «Розкажи мені». Крім того, допомогу надають телеграм-канали «Психологічна підтримка» та «Перемога» (орієнтований на осіб віком від 8 до 22 років), а також онлайн-програма «Бути батьками ангела», Національна лінія з питань

профілактики самогубств і підтримки психічного здоров'я «Lifeline Ukraine» та реабілітаційний центр безоплатної психологічної допомоги «Крок назустріч». Ці ініціативи спрямовані на забезпечення доступної психологічної підтримки всім, хто її потребує, незалежно від місця проживання чи соціального статусу [8].

Психологічна реабілітація військовослужбовців проводиться відповідно до індивідуального плану, який формується на основі довірливої бесіди з військовим та аналізу його скарг і потреб. Такий персоналізований підхід дозволяє досягати позитивних результатів у найкоротші терміни.

Реабілітаційний процес може включати індивідуальні або групові заняття з психологом чи психотерапевтом. Серед найпоширеніших методик, що застосовуються фахівцями, — когнітивний і вестибулярний тренінги, нейрофідбек-терапія, індивідуальна та групова психотерапія, медитативні й трансівні техніки, ресурсна психотерапія, проєктивні методи, а також техніки самоідентифікації та самоактуалізації.

Окрім цього, важливе значення мають заняття спортом, арт-терапія, іпотерапія та інші відновні методи, які підсилюють ефективність основного лікування. Важливою складовою успішного відновлення є також підтримка з боку рідних і близьких, адже саме вона допомагає військовим швидше повернутися до психічної рівноваги та повноцінного життя [17].

Таким чином, аналіз зарубіжного та вітчизняного досвіду психологічної реабілітації та соціальної адаптації ветеранів засвідчує, що успішне повернення військовослужбовців до мирного життя потребує комплексного, системного підходу, який враховує як психоемоційні особливості ветеранів, так і соціальні умови їхнього існування.

1.3. Фактори, що впливають на адаптацію військовослужбовців

Проблема адаптації військовослужбовців після участі в бойових діях є однією з центральних у сучасній військовій та медичній психології. Повернення до мирного життя часто супроводжується глибокими особистісними трансформаціями, викликаними екстремальним досвідом, втратою звичного

соціального оточення, а також необхідністю наново будувати життєві орієнтири. У психологічній науці визнано, що адаптація є не лише індивідуальним процесом, а й результатом взаємодії особистості з її соціальним, економічним та культурним контекстом.

Дослідники наголошують, що адаптація ветеранів має багатовимірний характер і залежить як від особистісних ресурсів, так і від умов зовнішнього середовища. Як підкреслює О. Л. Костіна, здатність ефективно долати наслідки стресових подій тісно пов'язана з рівнем розвитку механізмів психологічного захисту та копінг-стратегій. У своїй монографії вона відмічає, що одним із ключових чинників успішної адаптації є наявність сформованих копінг-стратегій, здатність особистості мобілізувати власні ресурси для подолання стресу. Ветерани з високим рівнем рефлексивності, гнучкості мислення та вмінням критично аналізувати свій досвід значно легше проходять процес психоемоційного відновлення. Значну роль у цьому процесі відіграє також наявність підтримки з боку найближчого соціального оточення, що створює умови для емоційного прийняття й поступової реінтеграції особистості у цивільне життя [13].

У дослідженні О. Кокуна визначено дві основні групи чинників, що впливають на ефективність процесу адаптації: суб'єктивні фактори, які охоплюють професійну підготовку й досвід особистості, її індивідуально-психологічні особливості, потреби, мотиви, інтереси, світогляд, переконання, життєвий досвід, особливості психічних процесів, нейродинамічні властивості, емоційно-вольову сферу, рівень задоволеності діяльністю, психофізіологічний стан і працездатність та об'єктивні фактори, які включають зовнішні умови життєдіяльності — характер, умови та інтенсивність праці, психологічний клімат у колективі, а також соціально-побутові обставини, що впливають на процес адаптації. [12].

Зарубіжний досвід підтверджує вагомість комплексного підходу до цього явища. Зокрема, Дж. Батлер вказує на вирішальну роль соціального включення у громадські ініціативи, роботу з ветеранами через групову терапію, підтримку родин. В своїх працях він доводить, що ветерани, які мають підтримку родини, друзів, громади та доступ до ветеранських організацій, демонструють вищий рівень адаптації, менше схильні до ізоляції, агресивної поведінки чи зловживання

психоактивними речовинами [34]. Подібні практики демонструють позитивні результати у зменшенні рівня тривожності, депресивних симптомів і соціальної ізоляції. Розглядаючи міжнародний досвід, варто згадати працю Р. Гал та Ф. Д. Джонс, які описали модель психологічної підтримки у Збройних силах Ізраїлю. Ця система передбачає безперервний супровід військовослужбовця на всіх етапах служби: до, під час і після бойових дій. Автори вказують на важливість раннього виявлення симптомів дезадаптації, індивідуального підходу та мультидисциплінарної команди, яка включає психологів, психіатрів, соціальних працівників та капеланів [35].

На думку М. А. Журавльової, у вітчизняному контексті ефективність адаптації значною мірою визначається доступністю професійної психологічної допомоги, а також здатністю ветерана формувати нову життєву ідентичність [7].

Аналіз вітчизняних джерел показав, що процес психологічної адаптації учасників бойових дій залежить від низки індивідуальних, соціальних та культурних факторів. Так, згідно думки І. Галецької існують психологічні фактори серед найбільш серйозних психологічних наслідків перебування в зоні бойових дій — розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресивні стани, нав'язливі спогади, порушення сну, дратівливість та емоційна відстороненість. Військовослужбовці часто уникають згадок про події, що викликали психологічну травму, або ж відчують постійне внутрішнє напруження. Без належної психотерапевтичної підтримки ці симптоми можуть загострюватися, впливаючи на особисте життя, стосунки та здатність до праці [5].

За даними О. Сиропятова з співавторами фізичний стан та медична допомога: наявність поранень, інвалідність або хронічні захворювання вимагають тривалої медичної та психологічної реабілітації. Доступ до якісних медичних послуг та реабілітаційних програм є критичним чинником у відновленні. Психологічна допомога є важливим фактором успішної адаптації. Психотерапевтичні методи, тренінги з відновлення соціальних навичок та роботи з ПТСР можуть значно полегшити процес адаптації [27].

На погляд О.О. Буряка з співавтором, чим довше військовослужбовець перебував у зоні бойових дій, тим вищий ризик психологічних розладів [4].

Частота участі в боях, втрати побратимів, поранення — чинники ризику. Соціальна підтримка: повернення до мирного суспільства часто супроводжується почуттям ізоляції, оскільки цивільні не завжди розуміють досвід військових. Ветерани можуть відчувати себе чужими в рідному середовищі. Вкрай важливою є підтримка з боку родини, друзів та колег. Активна участь у громадських організаціях, ветеранських спільнотах та програмах реінтеграції значно підвищує ефективність адаптаційного процесу. Ветерани, які отримують емоційну і практичну підтримку, швидше і легше адаптуються до нових умов. Загальний соціальний клімат, ставлення до ветеранів у суспільстві, наявність або відсутність спеціальних програм реабілітації також мають важливе значення для того, як учасники бойових дій будуть відновлювати психологічний баланс і соціальну інтеграцію. Державна підтримка та інституційна допомога: наявність комплексних державних програм, центрів допомоги ветеранам, психологічного супроводу, пільг та консультацій має безпосередній вплив на адаптацію. Особливо важливою є робота з громадськими та ветеранськими організаціями [4].

За даними В. Ільїна індивідуальні особливості особистості: рівень стресостійкості, наявність або відсутність досягнутих у попередньому житті навичок подолання труднощів, здатність до саморефлексії та пошуку ресурсів для самовідновлення — все це значно впливає на процес адаптації. Щодо освіти та рівню самоусвідомлення: люди з вищим рівнем освіти й особистісної зрілості часто краще справляються зі стресом. Знання про психологію травми полегшує прийняття допомоги [8].

На думку О.С. Чабана з співавторами, власні копінг-стратегії — здорові стратегії (спілкування, фізична активність, участь у спільнотах) поліпшують адаптацію, а деструктивні (алкоголь, агресія, самоізоляція) — ускладнюють [29].

На погляд О. Орловської адаптація військовослужбовців після повернення з бойових дій — це системний процес, що вимагає злагодженої взаємодії державних структур, медичних установ, родини та самого ветерана. Надання всебічної підтримки та реабілітації є запорукою збереження психічного здоров'я ветеранів та їхньої успішної інтеграції у цивільне життя [21].

Якщо узагальнити думки М.І. Гіневського та О.О. Буряка можна сформувати загальний перелік факторів що впливають на адаптацію військовослужбовців:

Психологічні фактори: одним із найважливіших факторів є психологічний стан військовослужбовця. Часто у ветеранів діагностується посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія, тривожні стани. Наявність травматичного досвіду, пережитих втрат та постійного напруження в зоні бойових дій створює значні перешкоди в адаптації до мирного життя.

Соціальна підтримка: Роль родини, друзів та громади в процесі адаптації є ключовою. Позитивне соціальне середовище сприяє зниженню рівня стресу, формуванню відчуття приналежності та безпеки. Недостатня підтримка або нерозуміння з боку суспільства, навпаки, ускладнює повернення до повноцінного життя.

Економічні та побутові умови: Важливим аспектом є можливість працевлаштування після демобілізації. Відсутність стабільного доходу, житла або соціальних гарантій викликає почуття безнадійності й дезадаптацію. Програми професійної перекваліфікації можуть суттєво допомогти ветеранам інтегруватися в ринок праці.

Фізичний стан та медична допомога: Наявність поранень, інвалідність або хронічні захворювання вимагають тривалої медичної та психологічної реабілітації. Доступ до якісних медичних послуг та реабілітаційних програм є критичним чинником у відновленні.

Культурно-моральні виклики: Ветерани можуть переживати так звану моральну травму, яка виникає внаслідок розриву між бойовим досвідом і моральними цінностями мирного суспільства. Це може призводити до відчуження та втрати життєвих орієнтирів.

Державна підтримка та інституційна допомога: Наявність комплексних державних програм, центрів допомоги ветеранам, психологічного супроводу, пільг та консультацій має безпосередній вплив на адаптацію. Особливо важливою є робота з громадськими та ветеранськими організаціями [4].

Взагалі, адаптація військовослужбовців є складним психосоціальним процесом, на який впливає низка взаємопов'язаних факторів — індивідуально-

психологічних, соціальних, організаційних і ситуаційних. До основних індивідуальних факторів належать рівень стресостійкості, особистісні риси, наявність психологічної травматизації, а також попередній досвід адаптації до стресових умов. Серед соціальних чинників особливе значення має підтримка з боку родини, товаришів по службі та громадських структур, а також наявність соціальних зв'язків і ресурсів. Вплив організаційного середовища — таких як військовий колектив, стиль керівництва, умови служби — також виявляється вирішальним у формуванні адаптивних або дезадаптивних реакцій. Крім того, велике значення мають макросоціальні обставини: суспільне ставлення до військовослужбовців, доступність реабілітаційних послуг, а також державна політика щодо соціального захисту.

Таким чином, успішна адаптація військовослужбовців залежить не лише від особистих ресурсів індивіда, а й від комплексної підтримки з боку соціального середовища, ефективного функціонування інституцій допомоги та своєчасного виявлення психоемоційних труднощів.

Висновки до розділу 1

1. У результаті аналізу наукових підходів до розуміння психологічної та соціальної адаптації можна зробити висновок, що ці процеси є ключовими у відновленні повноцінного функціонування особистості учасника бойових дій після повернення до мирного життя. Психологічна адаптація охоплює внутрішню перебудову психіки, спрямовану на подолання стресових наслідків бойового досвіду, формування нових моделей поведінки та розвиток емоційної саморегуляції. Вона забезпечує відновлення цілісності особистості, стабілізацію емоційного стану, формування здатності до адекватного сприймання мирних умов і конструктивного реагування на труднощі. Соціальна адаптація передбачає відновлення або налагодження ефективної взаємодії з оточенням, включення до системи суспільних відносин, відновлення професійної діяльності та побутового самовизначення. Таким чином, адаптація ветеранів — це комплексний процес, у якому тісно переплітаються психологічні та соціальні аспекти, що разом забезпечують повноцінне функціонування особистості в нових умовах.

2. Аналіз зарубіжного та вітчизняного досвіду психологічної реабілітації й соціальної адаптації ветеранів свідчить про наявність ефективних практик, спрямованих на комплексну підтримку осіб, що повернулися з бойових дій. У провідних країнах (США, Канада, Велика Британія, Ізраїль) система підтримки ветеранів включає психологічну допомогу, професійну перепідготовку, медичну та соціальну реабілітацію, а також створення ветеранських спільнот і центрів підтримки родин. Ці програми базуються на міждисциплінарному підході, який поєднує медичну, психологічну, соціальну та освітню допомогу. В Україні поступово формується національна система підтримки ветеранів, проте вона потребує вдосконалення у напрямках: міжвідомчої координації, підготовки фахівців-психологів та впровадження сучасних міжнародних підходів і технологій психологічної реабілітації. Поєднання найкращих зарубіжних практик із національним контекстом створює основу для ефективної моделі підтримки ветеранів, що сприятиме їхній успішній адаптації та поверненню до повноцінного соціального життя.

3. Розгляд факторів, що впливають на адаптацію військовослужбовців після участі в бойових діях, дозволяє зробити висновок про складну й багатовимірну природу цього процесу. Адаптація визначається сукупністю взаємопов'язаних чинників: психологічних (емоційна стабільність, рівень тривожності, наявність ПТСР, мотивація до змін); соціальних (підтримка родини, сприйняття суспільством, можливості працевлаштування); медичних (фізичний стан, наслідки поранень, наявність хронічних захворювань); економічних (матеріальне становище, доступ до соціальних гарантій); особистісних (ціннісні орієнтації, внутрішні ресурси, життєві цілі). Таким чином, розуміння й урахування комплексу впливових чинників є необхідною передумовою для успішної реінтеграції військовослужбовців у мирне життя, їхнього психологічного благополуччя та соціальної стабільності.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Організація дослідження

Психологічна адаптація учасників бойових дій є складним і багатофакторним феноменом, який охоплює емоційно-вольову сферу, когнітивні процеси, соціальні взаємодії та механізми подолання стресу. Для дослідження особливостей психологічної та соціальної адаптації учасників бойових дій було застосовано комплексний підхід, що поєднує теоретичний, емпіричний та статистичний рівні аналізу.

Організація дослідження передбачала поетапне здійснення науково-дослідної роботи, спрямованої на вивчення соціально-психологічної адаптації військовослужбовців.

Дослідження проводилося у період з 1 березня по 31 серпня 2025 року на базі військових підрозділів, у яких проходять службу військовослужбовці, що брали участь у бойових діях.

Вибірка складалася з 50 респондентів: 25 військовослужбовців віком 18–25 років та 25 військовослужбовців віком 26–50 років. Розподіл на групи дозволив виявити вікові особливості процесу адаптації.

Особливість вибірки: респонденти ще перебувають на військовій службі, проте в найближчій перспективі планують повернення до цивільного життя. Це означає, що вони перебувають у стані психологічного «перехідного періоду», коли військова ідентичність поєднується з очікуванням майбутніх змін.

Організація дослідження здійснювалася у три послідовні етапи: підготовчий, основний та аналітичний. Такий підхід забезпечив логічність, цілісність та наукову обґрунтованість емпіричної роботи.

На підготовчому етапі було здійснено комплекс заходів, спрямованих на забезпечення наукової обґрунтованості та етичності дослідження. Насамперед було визначено мету та завдання дослідження, що дало змогу чітко окреслити напрям емпіричної роботи та сформулювати відповідний психодіагностичний інструментарій. Основна мета полягала у виявленні психологічних особливостей адаптації

військовослужбовців, які ще перебувають на службі, але вже готуються до переходу в умови мирного життя. Завдання включали оцінку рівня соціально-психологічної адаптованості, виявлення ознак тривожності, депресивних станів, симптомів посттравматичного стресового розладу та визначення стратегій подолання стресових ситуацій.

Етичні засади дослідження включали добровільність участі, гарантію анонімності, конфіденційність результатів та можливість відмови на будь-якому етапі без пояснення причин. Важливою була підтримка психологів, які могли надати допомогу у випадку, якщо у процесі тестування проявлялися сильні емоційні реакції.

Другим кроком стало формування вибірки досліджуваних. Участь у дослідженні брали військовослужбовці, які наразі проходять службу та мали досвід перебування у зоні бойових дій, але знаходяться на етапі підготовки до повернення в цивільне середовище. Така категорія респондентів є особливо важливою, оскільки саме цей перехідний період характеризується підвищеним психологічним навантаженням і потребою у формуванні адаптаційних ресурсів. При доборі враховувалися критерії добровільності, наявності бойового досвіду та згода на участь у дослідженні.

На наступному етапі було проведено узгодження з керівництвом військових підрозділів. Це забезпечило організаційну підтримку, сприяло створенню необхідних умов для проведення дослідження, а також гарантувало відповідність процедур внутрішнім вимогам військових структур та забезпечило офіційний дозвіл на проведення психологічного тестування.

Далі організовано інструктаж учасників, під час якого військовослужбовцям пояснювалися мета та завдання дослідження, умови його проведення, підкреслювалася добровільність участі та повна анонімність отриманих результатів. Особлива увага приділялася створенню атмосфери довіри, що має ключове значення у роботі з військовими, які пережили психотравмуючий досвід.

Завершальним елементом підготовчого етапу стало отримання інформованої згоди від учасників. Кожен респондент підтверджував своє рішення взяти участь у дослідженні, ознайомлюючись із його умовами та підписуючи форму згоди. Це

відповідало міжнародним етичним стандартам проведення психологічних досліджень.

Таким чином, підготовчий етап дозволив забезпечити наукову та організаційну базу дослідження, сформувати релевантну вибірку військовослужбовців, які перебувають у перехідному стані від служби до мирного життя, та створити необхідні умови для подальшого проведення емпіричного етапу.

Основний етап був присвячений безпосередньому проведенню психодіагностичних процедур серед військовослужбовців, які ще перебувають на службі, але вже готуються до переходу в умови мирного життя. Його мета полягала у виявленні рівня соціально-психологічної адаптованості та вивченні основних психологічних чинників, що впливають на процес адаптації.

Психодіагностика організовувалася у зручних для військовослужбовців умовах, переважно у спеціально виділених приміщеннях військових частин. Це дозволяло респондентам почуватися в комфортному та безпечному середовищі.

Тестування здійснювалося у двох форматах: індивідуально, що давало змогу детально врахувати особистісні характеристики кожного учасника; у малих групах (5–10 осіб), що дозволяло відстежити групові аспекти адаптації, а також створювало умови для соціальної підтримки та взаємодії між військовослужбовцями.

На основному етапі було застосовано комплекс валідних і надійних методик, які забезпечують багатовимірне дослідження адаптації та описані в методиках дослідження.

Таким чином, застосування цього комплексу методик дозволяло отримати цілісне уявлення про: рівень соціально-психологічної адаптованості; наявність симптомів розладів адаптації та посттравматичного стресового розладу; вираженість тривожності та депресивних проявів; особливості гострих стресових реакцій; індивідуальні копінг-стратегії, які військовослужбовці використовують для подолання психологічних труднощів.

Заключний (аналітичний) етап дослідження був спрямований на узагальнення, інтерпретацію та практичне осмислення отриманих емпіричних

результатів. На цьому етапі здійснювалося впорядкування зібраних даних, їх розподіл за ключовими напрямками аналізу (соціально-психологічна адаптованість, наявність симптомів ПТСР та розладів адаптації, рівень тривожності й депресії, особливості копінг-стратегій). Це дозволило виділити структуровані блоки інформації для подальшої статистичної обробки (див. методики дослідження).

Таким чином, організація дослідження дозволила врахувати специфіку вибірки військових у «перехідному стані» та створила умови для достовірного вивчення їхніх психологічних особливостей.

2.2. Психодіагностичний інструментарій дослідження

Для досягнення мети роботи та перевірки гіпотези було застосовано комплекс емпіричних і статистичних методів, які забезпечують всебічне вивчення психологічної адаптації військовослужбовців, що готуються до повернення у мирне життя.

У дослідженні використано комплекс валідованих психодіагностичних інструментів, добраних з огляду на завдання виміряти як індивідуально-особистісні, так і соціально-психологічні параметри адаптації. Базовим інструментом виступає тест-опитувальник «Дослідження соціально-психологічної адаптації» (К. Роджерс, Р. Даймонд) [26]. Метою його застосування є скринінг загального рівня соціально-психологічної адаптованості, окреслення самосприйняття та особливостей міжособистісної взаємодії в умовах мирного життя після бойового досвіду. У межах скрінігу підраховуються інтегральні показники за такими шкалами: Адаптація/дезадаптація, Прийняття себе, Прийняття інших, Емоційний комфорт, Інтернальність (самоконтроль), Домінування, Ескапізм (уникання) [26]. Отримані результати розглядаються як «фоновий портрет» соціально-психологічного функціонування, на який у подальшому нашаровуються клініко-психологічні та емоційні індикатори.

Для оцінювання порушень пристосування, що часто супроводжують перехід від військової служби до цивільного середовища, застосовано шкалу «Розлад адаптації Новий модуль» (укр. адаптації — Чабан, Хаустова) [30]. Інструмент

орієнтований на виявлення та кількісну оцінку симптомокомплексу розладу адаптації у підході як реакція на чіткий психосоціальний стресор із двома ядровими кластерами симптомів: надмірна зайнятість стресором (постійні думки, емоційне «повернення») та невдача в адаптації (помітне зниження повсякденного функціонування). У межах опитувальника враховано стресорні події та інтенсивність реакцій. Узагальнені результати подаються за субшкалами: Надмірна зайнятість стресором, Невдача в адаптації, Уникання, Депресивний настрій, Тривога, Імпульсивні/поведінкові порушення [30]. Такий підхід дозволяє аналітично відрізнити транзиторні стресові прояви від клінічно значущих форм дезадаптації й коригувати реабілітаційні заходи відповідно до профілю проявів.

Коморбідні посттравматичні симптоми верифікувалися за допомогою PCL-5 — Шкала «Самооцінка наявності ПТСР» (переклад та адаптація: Хаустова О.О., Трачук Л.Є., Безшейко В.Г.) [1]. Методика виконує функцію скринінгу та моніторингу динаміки симптомів ПТСР; обчислення проводиться у кластерах А (експозиція), В (інтрузії), С (уникання), D (негативні когніції/настрій), Е (гіперзбудження). Включення PCL-5 до батареї забезпечує диференціацію впливу травматичного досвіду на загальний рівень адаптації, дозволяючи порівнювати показники посттравматичного стресового розладу із соціально-психологічними індикаторами, отриманими за опитувальником «Дослідження соціально-психологічної адаптації» (авт. К. Роджерс, Р. Даймонд) [26], а також із клініко-адаптаційними індикаторами, визначеними за шкалою «Розлад адаптації новий модуль» (переклад та адаптація Чабан О.С. та Хаустова О.О.) [30]. Емоційний вимір було представлено «Шкалою тривоги Спілбергера-Ханіна» (Спілбергер Ч. Д., Ханін Ю. Л.) [3]; (STAI), яка диференціює тривожність як стан (State) та як рису (Trait) і, відповідно, відображає ситуативну реактивність та відносно стабільну індивідуальну схильність до тривожних переживань. Така дихотомія важлива для інтерпретації адаптаційних труднощів: ситуативна тривожність чутлива до поточних умов (наприклад, етапи демобілізації), тоді як особистісна тривожність корелює зі сталістю стилів реагування. Шкали: Ситуативна тривожність (State); Особистісна тривожність (Trait) [3].

Нарешті, для відображення поведінкових стратегій подолання стресу застосовано опитувальник «Орієнтація подолання стресових ситуацій» (авт. Карвел С.С. на основі моделі стресу та подолання стресу Р.Лазаруса С. і Фолькмана, Українська адаптація Яблонська Т.; Верник О.) [33]. У межах опитувальника узагальнено фіксуються такі субшкали копінг-стратегій, кожна з яких відображає певний стиль реагування на стресову ситуацію: Конфронтаційний копінг — активні, іноді агресивні зусилля, спрямовані на зміну ситуації; схильність до ризику; Дистанціювання — когнітивні зусилля на емоційне відокремлення від ситуації та зниження її значущості; Самоконтроль — свідоме регулювання власних емоцій і поведінки для підтримання внутрішньої стабільності; Пошук соціальної підтримки — звернення по інформаційну, емоційну чи практичну допомогу до оточення; Прийняття відповідальності — усвідомлення власної ролі у виникненні проблеми та активна участь у її розв'язанні; Втеча–уникнення — прагнення уникнути проблеми або емоційного контакту з нею через відволікання чи пасивність; Планування вирішення проблеми — логічне осмислення ситуації та побудова послідовного плану дій; Позитивна переоцінка — переосмислення ситуації з пошуком у ній особистісного сенсу, зростання чи духовного досвіду [33].

Таким чином, опитувальник «Орієнтація подолання стресових ситуацій» дозволяє комплексно оцінити індивідуальний стиль подолання стресу, розмежовуючи конструктивні, відносно конструктивні та неконструктивні стратегії, що є важливим для психологічного аналізу адаптаційного потенціалу ветеранів.

Обробка даних здійснюється за єдиним протоколом: первинно перевіряється відповідність розподілів нормі (критерій Колмогорова–Смірнова), далі — порівнюються незалежні групи (U-критерій Манна–Уїтні) та обчислюються кореляції (r Спірмена) для виявлення статистично значущих зв'язків між показниками адаптації, емоційними станами та копінгом. Для редукції простору змінних і виявлення латентних компонентів застосовується факторний аналіз (РСА). Така багаторівнева логіка — від соціально-психологічних індексів через клініко-адаптаційні та емоційні до поведінкових стратегій — забезпечує цілісну оцінку післявоєнної реадаптації.

Висновки до розділу 2

1. Визначено та обґрунтовано методологічні засади дослідження соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій. Проведене дослідження спиралося на чітко вибудовану програму, яка поєднала три взаємопов'язані етапи: підготовчий, основний та аналітичний. На підготовчому етапі визначено мету, завдання, сформовано вибірку та забезпечено дотримання етичних принципів. Основний етап включав застосування комплексу психодіагностичних методик, що дозволили дослідити рівень соціально-психологічної адаптованості, вираженість симптомів ПТСР, рівень тривожності, депресії та індивідуальні копінг-стратегії. Аналітичний етап передбачав узагальнення отриманих даних та використання статистичних методів (критерій Колмогорова–Смірнова, U-критерій Манна–Уїтні, кореляційний аналіз Спірмена, факторний аналіз), що забезпечило наукову достовірність результатів.

2. Застосований психодіагностичний комплекс дав змогу узгоджено виміряти як «фонові» соціально-психологічні параметри функціонування, так і клініко-релевантні прояви стрес-реакцій та індивідуальні способи подолання. Опитувальник соціально-психологічної адаптації окреслює інтегральний рівень включеності особи у соціальне середовище та якість міжособистісної взаємодії; «Розлад адаптації: Новий модуль» фіксує наявність і вираженість ключових симптомів дезадаптації ; шкала самооцінки наявності посттравматичного стресового розладу дозволяє кількісно оцінити симптомокомплекс, безпосередньо пов'язаний із пережитими бойовими подіями; шкала тривожності Спілбергера–Ханіна розрізняє ситуативну реактивність і стабільну індивідуальну схильність до тривожних переживань; опитувальник копінг-поведінки відображає баланс між конструктивними та неадаптивними стратегіями подолання, які опосередковують вплив симптомів на повсякденне функціонування. Завдяки поєднанню цих інструментів отримано цілісну та багатовимірну картину соціально-психологічної адаптації військовослужбовців у перехідний період повернення до мирного життя.

РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ТА СОЦІАЛІЗАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

3.1. Вивчення психологічної адаптивності учасників бойових дій

Вивчення психологічної адаптивності учасників бойових дій проводилось за допомогою тесту-опитувальника «Дослідження соціально-психологічної адаптації» (авт. К. Роджерс, Р. Даймонд). Результати представлено в таблицях 3.1 та 3.2.

Таблиця 3.1

Вивчення соціально-психологічної адаптації військовослужбовців (18–25 років)

Адаптація / Дезадаптація	Прийняття себе	Прийняття інших	Емоційний комфорт	Інтернальність (самоконтроль)	Домінування	Ескапізм
100.3 / 98.65	31.45	16.95	20.75	37.95	9.95	16.15

Як видно з таблиці 3.1, у чоловіків вікової групи 18–25 років переважають показники адаптації (100,3) над показниками дезадаптації (98,65), що вказує на загалом позитивний рівень психологічної інтеграції в соціальне середовище та задовільне функціонування в системі міжособистісних стосунків.

Також визначені високі результати за шкалами:

«Прийняття себе» (31,45) — свідчать про наявність у більшості опитаних адекватної самооцінки, довіри до власних можливостей, здатності приймати власні якості без виражених внутрішніх конфліктів.

«Прийняття інших» (16,95) — демонструє помірно позитивне ставлення до оточення, готовність до співпраці, толерантність і відкритість у спілкуванні.

«Емоційний комфорт» (20,75) — вказує на відносну емоційну стабільність, контроль над тривожністю та відсутність різких коливань настрою.

«Інтернальність (самоконтроль)» (37,95) — є показником вираженого внутрішнього локусу контролю, тобто переконаності респондентів у власній відповідальності за події життя, що підвищує рівень адаптаційних можливостей.

Показник «Домінування» (9,95) засвідчує помірну вираженість лідерських якостей і впевненості у соціальних контактах, без тенденції до агресивної поведінки.

Натомість «Ескапізм» (16,15) перебуває у межах середніх значень, що може інтерпретуватися як прагнення уникати надмірного емоційного навантаження, потреба у короткочасному відновленні, але без ознак втечі від реальності.

Таблиця 3.2

Вивчення соціально-психологічної адаптації військовослужбовців (26–50 років)

Адаптація / Дезадаптація	Прийняття себе	Прийняття інших	Емоційний комфорт	Інтернальність (самоконтроль)	Домінування	Ескапізм
106.7 / 105.55	32.2	17.65	20.05	40.6	9.6	14.9

Як видно з таблиці 3.2, у чоловіків у віці 26-50 років було виявлено переважання адаптації (106.7), що свідчить про загалом сприятливий рівень соціально-психологічної стабільності. Переважання адаптації над дезадаптацією свідчить про високий рівень гармонізації особистості та середовища. У цій віковій групі адаптаційні механізми більш сталі, ґрунтуються на досвіді та сформованих цінностях. Отже, було визначено, їхня психологічна адаптивність спирається на раціональні стратегії подолання стресу, а емоційна сфера є врівноваженою, без ознак надмірної напруженості чи дезорганізації поведінки.

«Прийняття себе» дорівнювало показнику 32,2, що вказує на високий рівень самоприйняття. Респонденти адекватно оцінюють власні можливості, приймають себе з наявними перевагами й недоліками, виявляють внутрішню впевненість, сформоване почуття гідності та позитивну самооцінку. Це свідчить про відсутність виражених внутрішніх конфліктів і наявність ресурсів для психологічного зростання.

«Прийняття інших» дорівнює 17,65 і це показник середнього рівня, який демонструє збалансоване ставлення до оточення. У респондентів спостерігається помірна соціальна відкритість, готовність до взаємодії, але водночас —

вибірковість контактів і прагнення до психологічної дистанції, що є ознакою адаптивного соціального контролю у зрілому віці.

«Емоційний комфорт» (20,05) середній рівень емоційної врівноваженості. Це означає, що учасники дослідження здатні контролювати емоційні реакції, виявляють самоконтроль у стресових ситуаціях, уникають афективних вибухів і демонструють стабільний емоційний фон. Показник відображає наявність досвіду подолання напруження та ефективних стратегій саморегуляції.

Дуже високий рівень інтернальності (40,6) свідчить про виражений внутрішній локус контролю, тобто переконаність у власній відповідальності за результати діяльності та події життя. Це відображає високу самодисципліну, самостійність, готовність до відповідальних рішень і є показником зрілості особистісної позиції.

Помірний рівень домінування (9,6) вказує на збалансованість лідерських якостей і адекватну впевненість у власних можливостях. Такі респонденти здатні ініціювати взаємодію, але без прагнення до авторитарності чи надконтролю. Це свідчить про соціальну зрілість і конструктивний стиль спілкування.

«Ескапізм має середнє значення (14,9). Такий рівень відображає помірну потребу в емоційному дистанціюванні або відновленні після психічного перевантаження, але не є ознакою уникнення реальності. Це радше захисний механізм збереження психічного ресурсу, ніж дезадаптивна стратегія поведінки.

Отже, дослідження соціально-психологічної адаптації військовослужбовців 18-25 років та 26–50 років виявило, що молодші учасники бойових дій (18–25 років) характеризуються вищим рівнем адаптаційних здібностей, гнучкістю у соціальних контактах і позитивним емоційним фоном, що свідчить про ефективне функціонування механізмів саморегуляції та відносну психологічну стійкість після участі в бойових діях. Також вони мають відносно нижчий рівень емоційного комфорту, вищі показники дезадаптації та схильність до ескапізму.

Чоловіки середнього віку (26–50 років) характеризуються більш збалансованими результатами: високий рівень інтернальності, краще прийняття себе та відносно стабільний емоційний стан, що свідчить про сформовані механізми подолання труднощів. Результати підтверджують, що адаптаційні

процеси у військовослужбовців мають вікові відмінності. У молодших чоловіків простежується емоційна нестабільність і схильність до уникання проблем, тоді як старші чоловіки характеризуються більшою психологічною зрілістю та внутрішнім контролем.

Узагальнюючи, можна зазначити, що зрілі учасники бойових дій демонструють більш гармонійний тип соціально-психологічної адаптації, у якому домінують внутрішній контроль, стабільна самооцінка, емоційна рівноваженість і соціальна відповідальність. Молодша група характеризується пластичністю, відкритістю до нових соціальних зв'язків і позитивним емоційним фоном, однак їх адаптаційні механізми ще недостатньо стабільні та можуть зазнавати впливу зовнішніх обставин.

Таким чином, вік є суттєвим чинником соціально-психологічної адаптації ветеранів: з набуттям життєвого досвіду посилюється роль свідомої саморегуляції, підвищується емоційна зрілість, зміцнюється внутрішній локус контролю, а процес адаптації набуває стійкого й усвідомленого характеру. Це свідчить про поступовий перехід від емоційно-ситуативної до ціннісно-рефлексивної моделі адаптації, що визначає успішність соціальної реінтеграції учасників бойових дій.

Отримані результати мають важливе прикладне значення для розробки програм психологічної підтримки ветеранів. Для молодших учасників доцільно застосовувати методи емоційної стабілізації, розвитку самоконтролю та формування внутрішнього локусу контролю. Для військовослужбовців середнього віку ефективними будуть заходи, спрямовані на відновлення ціннісних орієнтирів, зміцнення мотивації до самореалізації та профілактику емоційного вигорання. Таким чином, результати порівняльного аналізу можуть стати основою для психокорекційних і реабілітаційних програм, спрямованих на підвищення адаптивності та соціальної інтегрованості ветеранів.

Для поглибленої діагностики використовувалася Шкала «Розлад адаптації новий модуль». Результати якої представлено у таблицях 3.3 та 3.4.

Таблиця 3.3

Визначення вираженості занепокоєння, труднощів адаптації, уникнення, пригніченого настрою, тривоги та порушень потягів у військовослужбовців (18–25 років)

Занепокоєння стресором	Неможливість адаптації	Уникнення	Пригнічений настрій	Тривога	Порушення потягів
9.5	11.2	10.75	6.85	4.8	8.4

Як видно з таблиці 3.3 у чоловіків віком 18–25 років було виявлено переважання ознак адаптації при наявності окремих проявів дезадаптаційних реакцій помірного ступеня, що підтверджується попередніми результатами за тестом Роджерса–Даймонда (100,3). Це свідчить про достатній рівень соціально-психологічної стійкості, проте з наявністю емоційного напруження та адаптаційних труднощів ситуаційного характеру.

Показник занепокоєння стресом дещо перевищує середні значення норми (9,5 балів), що свідчить про підвищену чутливість до зовнішніх стресових впливів. Молоді військовослужбовці демонструють емоційну реактивність, яка може бути пов'язана із недостатньо сформованими механізмами подолання (копінг-стратегіями) і потребою в соціальній підтримці. Однак це занепокоєння має переважно адаптивний характер, спрямований на мобілізацію ресурсів у нових чи складних умовах.

Показник неможливість адаптації є помірно вираженим (11.2 балів) і вказує на ситуативні труднощі пристосування до після бойових умов або змін у соціальному статусі. Для респондентів цього віку характерна висока потреба у структурі, керівництві, стабільності, тому процес входження у нове середовище може супроводжуватися тимчасовими порушеннями емоційного балансу. Проте значення не досягає критичного рівня, що підтверджує збереження потенціалу до саморегуляції.

Середній рівень поведінки уникнення (10.75 балів) свідчить про наявність тенденції до часткового емоційного дистанціювання від травматичних переживань. Молоді ветерани можуть уникати обговорення травматичного досвіду або

соціальних ситуацій, що нагадують про нього. Така стратегія є тимчасовим захисним механізмом, який дозволяє знизити емоційне напруження, однак при затримці у часі може перешкоджати повній інтеграції досвіду.

Пригнічений настрій (6.85 балів). Показник залишається в межах низько-середніх значень, що свідчить про відсутність глибоких депресивних тенденцій у більшості респондентів. Епізодичні коливання настрою, які спостерігаються, пов'язані переважно зі стомленням або переоцінкою життєвих перспектив після демобілізації. В цілому емоційний фон залишається стабільним і контрольованим.

Показник тривога є нижчим за середній (4.8 балів), що вказує на помірний рівень тривожності, достатній для збереження уваги й відповідальності, але без надмірного емоційного напруження. Молоді військовослужбовці демонструють оптимальне поєднання мобілізаційної тривоги (корисної у діяльності) з низьким рівнем патологічної тривоги. Це свідчить про стійкий емоційний стан і високий рівень адаптивності.

Рівень порушень потягів перебуває в межах середніх значень (8.4 балів), що може свідчити про деяке зниження мотиваційної активності та інтересу до нових завдань, характерне для етапу післястресового відновлення. Водночас показник не свідчить про регресивні тенденції — скоріше, про тимчасове зниження активності через потребу в психофізіологічному відновленні.

Отже, було визначено, що у чоловіків віком 18–25 років адаптаційні процеси в основному зберігають ефективність, незважаючи на окремі ознаки напруження.

Найбільш вираженими є показники неможливості адаптації та уникнення, що можна розглядати як прояви емоційного виснаження після бойового досвіду або тимчасові труднощі соціальної реінтеграції. Водночас низький рівень тривожності та пригніченості вказує на наявність психологічного ресурсу, готовність до адаптації й достатній рівень внутрішнього контролю.

Таким чином, результати свідчать про домінування адаптивного типу реагування, при якому емоційне напруження не переходить у хронічні або патологічні форми. Молоді військовослужбовці характеризуються збереженням позитивного емоційного фону, потенціалом до подальшого розвитку та формування зрілих стратегій подолання.

Таблиця 3.4

Визначення вираженості занепокоєння, труднощів адаптації, уникнення, пригніченого настрою, тривоги та порушень потягів у військовослужбовців (26–50 років)

Занепокоєння стресором	Неможливість адаптації	Уникнення	Пригнічений настрій	Тривога	Порушення потягів
10.25	9.55	9.85	8.45	4.1	7.05

Як бачимо з таблиці 3.4, у чоловіків вікової групи 26 –50 років показники за більшістю шкал свідчать про загалом сприятливий рівень адаптованості та меншу вираженість дезадаптаційних проявів, ніж у молодших військовослужбовців. Отримані результати демонструють, що з віком емоційна реактивність знижується, а здатність до свідомого контролю власного стану та поведінки зростає.

Показник «занепокоєння стресором» перебуває в межах помірних значень (10.25 балів) і свідчить про збережену чутливість до стресових впливів у поєднанні з ефективними механізмами подолання. Для цієї групи характерна більш усвідомлена реакція на стресори, без різких емоційних коливань. Такий рівень занепокоєння має адаптивний характер і відображає відповідальне ставлення до життєвих ситуацій.

Показник «неможливість адаптації» нижчий, ніж у молодшій групі (9.55 балів), що свідчить про кращу здатність до пристосування та меншу схильність до дезорганізації поведінки під дією психоемоційного навантаження. Респонденти вікової категорії 26–50 років мають сформовані поведінкові стратегії самозахисту, що забезпечують стабільність у нових умовах.

Рівень уникнення є середнім і не перевищує меж норми (9.85 балів). Це вказує на контрольоване використання механізму емоційного дистанціювання у стресових ситуаціях. На відміну від молодших військовослужбовців, які частіше реагують уникненням як способом запобігання емоційному перевантаженню, старші респонденти використовують цей механізм усвідомлено, ситуативно і короткочасно, без втрати соціальної активності.

Показник Пригніченого настрою дещо вищий, ніж у молодшій групі (8.45 балів), але залишається у межах помірного рівня. Це свідчить про наявність епізодичних емоційних спадів, зумовлених психологічним виснаженням або професійною втомою, проте без проявів клінічної депресії. У цій віковій групі пригнічення частіше має когнітивний, рефлексивний характер (переосмислення досвіду, пошук сенсу), ніж афективний.

Низький рівень тривоги (4.1 балів) демонструє емоційну стійкість, самовладання та внутрішній контроль. Це свідчить про зниження емоційної реактивності порівняно з молодшими учасниками, а також про розвиток ефективних когнітивних стратегій регуляції. Такий рівень тривожності сприяє збереженню уваги й працездатності, не створюючи дезадаптаційного впливу.

Показник «порушення потягів» знаходиться на нижньому рівні середньої норми (7.05 балів), що вказує на відновлення мотиваційної активності, інтересу до соціальної взаємодії та професійної діяльності. У більшості респондентів не спостерігається суттєвого зниження життєвої енергії; навпаки, відзначається прагнення до активної самореалізації та зміцнення контролю над власними потребами.

Отже, було визначено, що у чоловіків вікової групи 26–50 років рівень проявів дезадаптаційних симптомів є нижчим, ніж у молодших військовослужбовців, що свідчить про вищу психологічну стійкість та зрілість механізмів саморегуляції. Найбільш вираженими, хоча й у межах норми, залишаються показники занепокоєння стресором та пригніченого настрою, що може бути пов'язано з накопиченням життєвого досвіду, відповідальністю за родину, професійною сферою та рефлексивним переосмисленням пережитого бойового досвіду.

Узагальнюючи, можна зазначити, що з віком відбувається помітне зниження рівня емоційної напруги та інтенсивності дезадаптаційних проявів, а також посилення когнітивного контролю, саморегуляції та усвідомленості власного стану.

Молодші учасники бойових дій (18–25 років) продемонстрували вищу емоційну реактивність, чутливість до стресорів і схильність до уникання, що

відображає переважання ситуативних, емоційно-захисних механізмів адаптації. Водночас у цій групі спостерігається позитивний потенціал розвитку — достатній рівень життєвої енергії, готовність до навчання та соціальної взаємодії.

У чоловіків середнього віку (26–50 років) простежується зменшення показників тривожності, уникнення й неможливості адаптації, що свідчить про зрілість механізмів подолання стресу. Їхня поведінка характеризується вищим рівнем самоконтролю, рефлексії, внутрішньої відповідальності та стабільності емоційного фону. Такі військовослужбовці мають розвинений внутрішній локус контролю і використовують більш раціональні, конструктивні стратегії адаптації, ніж молодші.

Таким чином, старші військовослужбовці демонструють більш стабільну, зрілу форму адаптації, що базується на досвіді, цінностях і саморегуляції, тоді як молодші респонденти характеризуються емоційною лабільністю та потребою у зовнішній підтримці, що вимагає цілеспрямованих психокорекційних і реабілітаційних заходів для розвитку їх психологічної стійкості.

Для оцінки того, чи підпорядковуються отримані емпіричні дані нормальному закону розподілу, було використано критерій Колмогорова–Смірнова (K–S test) для об'єднаної вибірки ($n = 50$), що включала як молодших (18–25 років), так і старших (26–50 років) військовослужбовців.

У таблиці 3.5 подано результати тесту Колмогорова–Смірнова для основних показників методики К. Роджерса та Р. Даймонда «Дослідження соціально-психологічної адаптації».

Таблиця 3.5

Перевірка нормальності розподілу за критерієм Колмогорова–Смірнова

Показник	Статистика K–S	P-значення
Адаптація / Дезадаптація	0,107/0,117	0,583/0,465
Прийняття себе	0,063	0,982
Прийняття інших	0,079	0,888
Емоційний комфорт	0,064	0,980
Інтернальність (самоконтроль)	0,083	0,853
Домінування	0,099	0,680
Ескапізм	0,071	0,950

Як видно з таблиці 3.5, всі досліджувані змінні мають $p > 0,05$, тобто їхній розподіл не відрізняється від нормального. Зокрема, за шкалами «Адаптація / Дезадаптація» (0,583/0,465) , «Прийняття себе» (0,982) , «Прийняття інших» (0,888), «Емоційний комфорт» (0,980) , «Інтернальність» (0,853), «Домінування» (0,680), «Ескапізм» (0,950) показники p коливаються у межах 0,465–0,982, що свідчить про стабільний, симетричний характер розподілу.

Для виявлення статистично значущих відмінностей між показниками двох вікових груп військовослужбовців (18–25 та 26–50 років) було застосовано U-критерій Манна–Уїтні. Цей критерій дає змогу оцінити, чи відрізняються розподіли двох незалежних вибірок при відсутності припущення про нормальність даних, і є одним із найбільш надійних методів непараметричної статистики у психологічних дослідженнях. Результати наведено у таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

Результати перевірки достовірності відмінностей між групами за допомогою U-критерію Манна–Уїтні

Показник	U-значення	p-рівень
Прийняття інших	167	0.048
Інтернальність (самоконтроль)	61.5	0.032
Ескапізм	466	0.028

У таблиці 3.6 подано результати порівняння за допомогою U-критерію Манна–Уїтні між молодшими військовослужбовцями (18-25 років) та військовослужбовцями середнього віку (26-50 років). Як видно з таблиці 3.6, статистично значущі відмінності ($p \leq 0.05$) – спостерігаються за трьома показниками: «Прийняття інших» ($U=167.0$, при $p \leq 0.05$), що доводить, що старші респонденти демонструють більше соціальне прийняття та толерантність; «Інтернальність (самоконтроль)» ($U=61.5$, при $p \leq 0.05$) доводить, що старші військовослужбовці (25–50 років) мають вищий рівень прийняття інших і самоконтролю, що свідчить про зрілість соціально-психологічних механізмів адаптації та сформованість внутрішнього локусу контролю; «Ескапізм» ($U=466.5$,

при $p \leq 0.05$) показує, що молодші військовослужбовці (18–25 років) демонструють виразнішу схильність до ескапізму, тобто до уникання емоційно складних ситуацій, що відображає емоційну реактивність і недостатній досвід регуляції поведінки.

Отже, результати аналізу за U-критерієм Манна–Уїтні підтверджують, що вікові відмінності впливають на структуру соціально-психологічної адаптації, причому старша вікова група характеризується вищим рівнем інтегрованості, самоконтролю та соціальної зрілості, а молодша — емоційною гнучкістю, але меншою стабільністю адаптаційних процесів.

3.2. Дослідження ПТСР, тривоги та депресії учасників бойових дій

Для оцінки симптоматики ПТСР використовувався Шкала «Самооцінка наявності ПТСР», яка включає чотири кластери: інтрузії, уникнення, негативні зміни у когніціях та емоціях, а також гіперзбудження. Результати наведені у таблиці 3.7.

Таблиця 3.7

Визначення наявності ПТСР військовослужбовців (18–25 років та 26–50 років)

Група	Інтрузії	Уникнення	Негативні зміни	Гіперзбудження	Загальний бал
Військовослужбовці (18–25 років)	9.45	4.4	14.6	12.8	41.25
Військовослужбовці (26–50 років)	10.65	3.5	14.9	14.1	43.15

Як видно з таблиці 3.7, загальний показник за шкалою ПТСР у чоловіків віком 18–25 років становить 41,25 бала, що відповідає помірного рівню посттравматичної симптоматики.

Показник інтрузій (9,45) свідчить про помірну інтенсивність нав'язливих спогадів, сновидінь або флешбеків, пов'язаних із травматичними подіями. Молоді військовослужбовці схильні до періодичного емоційного повернення до подій бойового досвіду, що викликає короткочасні стани тривожності чи дезорієнтації.

Показник уникнення (4,4) є дещо підвищеним, що вказує на тенденцію до емоційного або поведінкового відсторонення від травматичних нагадувань. Така стратегія є типовою формою психологічного захисту у молодих людей, які не мають достатньо досвіду для повноцінного опрацювання травматичних подій.

Показник негативних змін у когніціях та емоціях (14,6) є найвищим серед кластерів і свідчить про виражене зниження емоційного тону, почуття провини, розчарування чи втрату інтересу до діяльності. Це може бути пов'язано із внутрішнім конфліктом між військовим досвідом і власною системою цінностей.

Показник гіперзбудження (12,8) відображає підвищений рівень нервово-психічного напруження, порушення сну, настороженість або дратівливість. Цей симптом свідчить про активізацію симпатичної нервової системи, що є природною реакцією після бойових дій, але за відсутності реальної загрози вказує на затримку процесів відновлення.

У цілому, результати засвідчують, що у військовослужбовців молодшої вікової групи спостерігається комбінований тип посттравматичної реакції: емоційна чутливість, тривожність і тенденція до уникання.

У старшій віковій групі чоловіків (26–50 років) також простежуються ознаки посттравматичних змін, проте структура симптомів дещо відрізняється від молодшої вибірки. Загальний показник за шкалою ПТСР становить 43,15 бала, що вказує на помірно високий рівень вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу.

Показник інтрузій (10,65) є дещо вищим, ніж у молодшій групі, що вказує на частіші епізоди повторного переживання травматичних подій. У респондентів цієї вікової категорії спостерігаються флешбеки, нав'язливі спогади, сновидіння, що можуть супроводжуватися відчуттям страху або безпорадності. Такі прояви можуть бути наслідком накопиченого бойового досвіду і тривалішого часу служби у стресових умовах.

Показник уникнення (3,5) нижчий порівняно з молодшою групою, що свідчить про меншу схильність до емоційного блокування або витіснення травматичних спогадів. Старші військовослужбовці, як правило, вищою мірою

усвідомлюють власні переживання, що може бути пов'язано з розвиненішими механізмами саморефлексії та життєвим досвідом.

Показник негативних змін у когніціях та емоціях (14,9) є найвищим серед кластерів і свідчить про глибокі когнітивно-емоційні зміни, характерні для осіб, які тривалий час перебували у бойових діях. У респондентів цієї групи спостерігаються зниження віри у власні можливості, емоційне виснаження, труднощі у відновленні довіри до оточення, а також почуття провини або емоційного відчуження.

Показник гіперзбудження (14,1) свідчить про виражене нервово-психічне напруження, підвищену настороженість, дратівливість та порушення сну. Це є типовим проявом гіперзбудження нервової системи, який підтримується навіть у мирних умовах, що вказує на хронічну активацію системи стресу.

Отже, серед військовослужбовців віком 26–50 років виявлено помірно високий рівень вираженості симптомів ПТСР, з домінуванням інтрузій, негативних когнітивно-емоційних змін та гіперзбудження. Це свідчить про стійке закріплення травматичного досвіду в емоційній пам'яті, що вимагає комплексного психокорекційного підходу, спрямованого на зниження рівня напруги, відновлення сну, стабілізацію емоційного стану та формування нових способів подолання стресу.

Взагалі, аналіз отриманих результатів дозволив визначити рівень вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу у вибіркових групах респондентів.. Результати свідчать, що у всіх групах середні значення перевищують клінічний поріг у 33 бали. Це означає, що значна частина респондентів має клінічно значущу симптоматику ПТСР. Отже, проведений аналіз свідчить, що симптоми ПТСР притаманні обом віковим групам, однак структура проявів відрізняється.

Молодші військовослужбовці частіше використовують механізми уникання як форму психологічного захисту, тоді як старші — мають вищий рівень інтрузивних спогадів та гіперзбудження, що свідчить про більш глибоке проживання травматичного досвіду.

Виявлені відмінності підкреслюють необхідність диференційованого підходу до психологічної реабілітації: для молодших — розвиток навичок усвідомлення та опрацювання травматичного досвіду, для старших — зниження фізіологічної напруги та робота з емоційним виснаженням.

Для дослідження рівня тривожності застосовувалася «Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна», яка дозволяє оцінити ситуативну (реактивну) та особистісну тривожність. Результати представлені у таблиці 3.8.

Таблиця 3.8

Визначення вираженості тривожності у військовослужбовців (18–25 років та 26-50 років) за «Шкалою тривоги Спілбергера-Ханіна»

Група	Реактивна тривожність (РТ)	Особистісна тривожність (ОТ)
Військовослужбовці (18-25 років)	47.0	48.5
Військовослужбовці (26-50 років)	50.75	47.5

Як видно з таблиці 3.8, середнє значення реактивної тривожності у молодших військовослужбовців (18-25 років) становить 47,0 бала, що відповідає підвищеному рівню ситуативної напруги. Це свідчить про те, що під час перебування у стресогенних умовах (служба, бойова підготовка, перебування в зоні ризику) респонденти схильні реагувати емоційно, відчуваючи неспокій, напруження, внутрішню зосередженість на потенційних загрозах.

Показник особистісної тривожності (48,5 бала) також перевищує середній рівень, що вказує на стійку індивідуальну схильність до тривожності як особистісної риси. Для таких осіб характерна висока чутливість до невизначеності, схильність до передбачення можливих небезпек і підвищене почуття відповідальності, що може мати як адаптивне, так і дезадаптивне значення залежно від ситуації.

Порівняння двох показників свідчить, що особистісна тривожність дещо перевищує реактивну, що може свідчити про формування стабільного патерну емоційного реагування, характерного для молодих військовослужбовців на етапі адаптації. Така комбінація вказує на підвищену емоційну напруженість та

схильність до внутрішніх переживань навіть за відсутності зовнішніх стресових факторів.

Рівень як реактивної, так і особистісної тривожності у військовослужбовців віком 18–25 років свідчить про підвищену тривожну готовність психіки, що може бути реакцією на перехідний етап соціально-психологічної адаптації після бойових дій.

Високі показники тривожності потребують цілеспрямованої психокорекційної роботи, спрямованої на зниження емоційного напруження, розвиток саморегуляції, стресостійкості та позитивних копінг-стратегій.

У військовослужбовців старшої вікової групи присутній високий рівень ситуативного емоційного напруження.

Показник реактивної тривожності (50,75) означає, що у відповідь на зовнішні або внутрішні подразники (стрес, відповідальність за підлеглих, бойові спогади) вони схильні реагувати сильними емоційними переживаннями, фізіологічним збудженням і тривогою очікування. Такий рівень реактивної тривожності може відображати накопичення хронічного стресу, що є типовим для осіб з тривалим досвідом військової служби.

Показник особистісної тривожності (47,5) залишається в межах помірного рівня, що свідчить про відносну емоційну стабільність і сформовані механізми саморегуляції. Для старших військовослужбовців характерна збалансованість між почуттям відповідальності та здатністю контролювати власні емоції, що дозволяє підтримувати ефективність діяльності навіть у складних умовах.

Порівняння двох показників демонструє, що у старшій віковій групі реактивна тривожність переважає над особистісною, тобто поточні емоційні реакції на стресові події мають більш виражений характер, ніж загальна тривожна схильність. Це може бути наслідком накопиченого бойового досвіду, фізичної втоми або тривалої мобілізаційної готовності.

Взагалі, у групі військовослужбовців віком 26–50 років виявлено високий рівень реактивної тривожності при помірній вираженості особистісної тривожності, що свідчить про емоційне напруження та психологічну перевтому, які

можуть проявлятися у підвищеній дратівливості, зниженні концентрації та вегетативних реакціях.

Отже, проведене дослідження рівня тривожності показало, що як молодші, так і старші військовослужбовці характеризуються підвищеним рівнем тривожності, проте її структура має вікові відмінності: молодші військовослужбовці (18–25 років) характеризуються вищою особистісною тривожністю, що свідчить про емоційну вразливість та невпевненість у нових або стресових ситуаціях; старші (26–50 років) мають вищу реактивну тривожність, тобто їхні емоційні реакції на зовнішні подразники більш інтенсивні, що може бути наслідком накопиченого досвіду участі у бойових діях та підвищеної відповідальності.

Виявлені особливості свідчать про необхідність диференційованого підходу до психологічної допомоги: для молодших — розвиток впевненості, стресостійкості та навичок саморегуляції, для старших — зниження рівня емоційного напруження і відновлення ресурсного стану.

3.3. Аналіз копінг-стратегій учасників бойових дій

Для вивчення копінг-стратегій застосовувався опитувальник «Орієнтація подолання стресових ситуацій» (авт. Карвел С.С. на основі моделі стресу та подолання стресу Р.Лазаруса С. і Фолькмана), який включає вісім основних шкал: Конфронтаційний копінг — схильність до відкритого протистояння проблемі; Дистанціювання — відсторонене ставлення до проблемної ситуації; Самоконтроль — здатність контролювати власні емоції та поведінку; Пошук соціальної підтримки — звернення по допомогу до оточення; Прийняття відповідальності — усвідомлення власної ролі у виникненні проблеми; Втеча-уникнення — уникання проблеми, відхід від її вирішення; Планування вирішення проблеми — орієнтація на пошук конструктивного рішення; Позитивна переоцінка — здатність бачити позитивні сторони у складній ситуації. Результати наведені у таблиці 3.9.

Таблиця 3.9

Визначення копінг- стратегій за допомогою опитувальника «Орієнтація подолання стресових ситуацій» (авт. Карвел С.С. на основі моделі стресу та подолання стресу Р.Лазаруса С. і Фолькмана) у військовослужбовців (18-25 років та 26-50 років)

Група	Конфронтаційний	Дистанціювання	Самоконтроль	Пошук соц. Підтримки	Прийняття відповідальності	Втеча-уникнення	Планування вирішення проблеми	Позитивна переоцінка
Військовослужбовці (18-25 років)	8.95	8.0	10.55	10.9	5.55	15.3	10.65	9.35
Військовослужбовці (18-25 років)	8.35	11.15	11.75	7.15	5.3	12.65	11.85	9.45

Як видно з таблиці 3.9, у молодших військовослужбовців переважають емоційно-унікальні та соціально орієнтовані копінг-стратегії, що свідчить про активне, але не завжди конструктивне реагування на стресові фактори.

Найвищий показник (15,3) спостерігається за шкалою «Втеча–уникнення», що вказує на схильність до емоційного або поведінкового уникання стресових ситуацій. Такий тип копінгу є захисним, але часто малоефективним у довгостроковій перспективі, оскільки не сприяє реальному розв’язанню проблеми. Молоді військовослужбовці, які перебувають у процесі адаптації до військової служби або повернення після бойових дій, частіше виявляють унікальну поведінку як тимчасову форму психологічного захисту.

Другий за величиною показник (10,9) стосується «Пошуку соціальної підтримки», що свідчить про потребу у спілкуванні, взаємодії з товаришами, командирами, сім’єю, а також про залежність від зовнішніх ресурсів у подоланні стресу. Цей копінг вважається адаптивним і є типовим для молодого віку, коли соціальні зв’язки виступають головним джерелом емоційної стабільності.

Відносно високі показники «Планування вирішення проблеми» (10,65) і «Самоконтролю» (10,55) свідчать про сформованість когнітивних і поведінкових

механізмів подолання. Респонденти цієї групи здатні аналізувати ситуацію, прогнозувати наслідки своїх дій, однак іноді ці стратегії блокуються емоційною напругою або недостатнім життєвим досвідом.

Показник «Позитивної переоцінки» (9,35) відображає тенденцію до переосмислення стресової ситуації, пошуку в ній сенсу або можливості особистісного зростання, що свідчить про наявність елементів адаптивного когнітивного копіngu.

Показники «Конфронтаційного копіngu» (8,95) та «Дистанціювання» (8,0) демонструють помірний рівень схильності до протидії або відсторонення, що є типовим для ситуацій, коли військовослужбовці намагаються контролювати власні реакції або емоційно дистанціюватися від стресу.

Найнижчий показник спостерігається за шкалою «Прийняття відповідальності» (5,55), що може вказувати на низьку готовність брати на себе відповідальність за подолання стресових ситуацій, особливо у контексті командних завдань.

Отримані результати свідчать, що для військовослужбовців молодшого віку характерне домінування емоційно-захисних і соціально орієнтованих копінг-стратегій, зокрема уникнення, звернення по допомогу і частково планування вирішення проблеми. Це вказує на активний, але емоційно насичений спосіб подолання стресу, що поєднує потребу в підтримці з прагненням контролювати власний стан.

У військовослужбовців віком 26–50 років простежується виражена тенденція до використання зрілих, когнітивно орієнтованих копінг-стратегій, серед яких провідними є планування вирішення проблеми (11,85), самоконтроль (11,75) і дистанціювання (11,15). Це свідчить про раціональний, продуманий підхід до подолання стресових ситуацій, уміння аналізувати умови, прогнозувати наслідки та контролювати власні емоційні реакції. Така стратегія є ознакою адаптивності, досвіду і психологічної зрілості, що формується з роками служби та численних ситуацій підвищеного ризику.

Водночас відносно високим залишається показник втечі–уникнення (12,65), що може свідчити про наявність елементів емоційного або поведінкового уникання

стресових подій. У старших військовослужбовців така стратегія часто має компенсаторний характер, виконуючи функцію тимчасового психологічного “відключення” для зниження внутрішньої напруги.

Показник позитивної переоцінки (9,45) демонструє схильність до переосмислення складних ситуацій, пошуку в них сенсу та можливостей особистісного зростання. Це свідчить про сформовані когнітивні механізми адаптації, які дозволяють старшим військовослужбовцям сприймати труднощі не лише як загрозу, а й як виклик або ресурс для розвитку.

Менше вираженим є показник пошуку соціальної підтримки (7,15), що свідчить про зниження залежності від зовнішніх джерел допомоги та підвищення внутрішньої автономності й самодостатності. Для респондентів цієї групи характерна здатність покладатися на власні сили, при цьому соціальні контакти виконують допоміжну, а не провідну функцію у процесі подолання труднощів.

Показник конфронтаційного копінгу (8,35) перебуває в межах помірних значень, що вказує на здатність активно протистояти труднощам, але без надмірної агресивності чи імпульсивності.

Прийняття відповідальності (5,3) має найнижчий рівень, що може пояснюватися розподілом відповідальності у військовому колективі, а також бажанням уникати самозвинувачення в умовах колективної діяльності та високої емоційної напруги.

У цілому результати свідчать, що військовослужбовцям старшої вікової групи притаманний більш зрілий, контрольований стиль подолання стресу, орієнтований на раціональне планування, внутрішній самоконтроль і когнітивну переоцінку ситуацій. Водночас наявність елементів уникання та зниження соціальної взаємодії може вказувати на необхідність підтримання емоційної відкритості та запобігання ізоляції, що є важливим аспектом психопрофілактичної роботи з ветеранами.

Загалом результати дослідження копінг-стратегій свідчать, що у різних групах учасників бойових дій простежуються свої специфічні особливості. Молодші чоловіки тяжіють до уникання, але також активно шукають соціальну

підтримку. Старші чоловіки більше орієнтовані на дистанціювання та планування, демонструючи зрілість у виборі стратегій.

Отже, результати свідчать про те, що психологічна допомога військовим має бути диференційованою: для молодих – розвиток конструктивних стратегій (планування, самоконтроль), для старших чоловіків – підтримка та збереження вже сформованих ефективних механізмів.

Для встановлення взаємозв'язків між основними показниками соціально-психологічної адаптації, симптомів ПТСР, рівнів тривожності та копінг-стратегій був застосований коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (ρ). Цей метод дозволив визначити силу та напрям зв'язків між непараметричними змінними, що не обов'язково підпорядковуються нормальному закону розподілу. Дані представлені в таблиці 3.10.

Таблиця 3.10

Виявлення взаємозв'язків між основними показниками соціально-психологічної адаптації, симптомів ПТСР, рівнів тривожності та копінг-стратегій за коефіцієнтом рангової кореляції Спірмена (ρ)

№	Показники, що корелюють	P
1	Адаптація ↔ Емоційний комфорт	0,71**
2	Адаптація ↔ Інтернальність (самоконтроль)	0,65**
3	Адаптація ↔ Прийняття себе	0,59**
4	Адаптація ↔ Тривожність	-0,63**
5	Адаптація ↔ Симптоми ПТСР	-0,58**
6	Ескапізм ↔ Тривожність	0,66**
7	Ескапізм ↔ ПТСР (загальний бал)	0,68**
8	Планування вирішення проблем ↔ Адаптація	0,63**
9	Позитивна переоцінка ↔ Емоційний комфорт	+0,5*
10	Інтернальність ↔ Прийняття інших	+0,5*

Примітка: * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$.

Як видно з таблиці 3.10, кореляційний аналіз виявив низку значущих прямих та зворотних зв'язків між досліджуваними змінними. Найсильніші прямі зв'язки спостерігаються між адаптацією та емоційним комфортом ($\rho = 0,71$, $p \leq 0,01$

адаптацією та плануванням вирішення проблем ($\rho = 0,63$, $p \leq 0,01$), що свідчить про провідну роль емоційної стабільності та конструктивних копінг-стратегій у процесі соціально-психологічної адаптації військовослужбовців.

Натомість виражені обернені зв'язки виявлено між адаптацією та тривожністю ($\rho = -0,63$) і адаптацією та симптомами ПТСР ($\rho = -0,58$), що підкреслює дезадаптивний вплив тривожності й посттравматичних реакцій на здатність до ефективного функціонування.

Високі показники ескапізму корелюють із підвищеною тривожністю ($\rho = 0,66$, $p \leq 0,01$) та рівнем ПТСР ($\rho = 0,68$, $p \leq 0,01$), що вказує на тенденцію до уникання проблем і психологічного виснаження серед молодших військових.

Таким чином, ефективна адаптація ветеранів бойових дій пов'язана з внутрішнім локусом контролю, емоційним комфортом і використанням конструктивних копінгів (планування, позитивна переоцінка). Натомість тривожність і ескапізм виступають чинниками ризику дезадаптації.

Отже, проведений кореляційний аналіз підтвердив наявність взаємозалежності між адаптацією, емоційною стабільністю, посттравматичними симптомами та стратегіями подолання стресу. Високі показники самоприйняття, емоційного комфорту, самоконтролю та когнітивно-орієнтованих копінгів сприяють адаптації. Підвищення рівня ПТСР та тривожності супроводжується зниженням емоційної рівноваги та соціальної інтеграції. Дезадаптивні копінг-механізми (зокрема втеча-уникнення) тісно пов'язані з емоційними розладами та симптомами ПТСР. Соціально-психологічна адаптація ветеранів є багатофакторним процесом, у якому провідну роль відіграють емоційна стабільність, самоконтроль і конструктивні копінг-стратегії, що мають бути ключовими мішенями у програмах психологічної підтримки та реабілітації.

3.4. Результати факторного аналізу

У контексті даного дослідження, присвяченого проблемі соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій, факторний аналіз було використано як інструмент узагальнення результатів кількох психодіагностичних методик, а

саме: тест-опитувальник «Дослідження соціально-психологічної адаптації» (авт. К. Роджерс, Р. Даймонд); Шкала «Розлад адаптації новий модуль» (переклад та адаптація Чабан О.С. та Хаустова О.О.); Шкала «Самооцінка наявності ПТСР» (переклад та адаптація: Хаустова О.О., Трачук Л.Є., Безшейко В.Г.); «Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна» (Спілбергер Ч. Д., Ханін Ю. Л.); Опитувальник «Орієнтація подолання стресових ситуацій» (авт. Карвел С.С. на основі моделі стресу та подолання стресу Р.Лазаруса С. і Фолькмана). Використання цього методу дозволило з'ясувати, які саме латентні фактори лежать в основі індивідуальних відмінностей у рівні адаптованості, психоемоційного стану та ефективності подолання стресових ситуацій.

У процесі опрацювання емпіричних даних було застосовано метод головних компонент , який у сучасних психологічних дослідженнях вважається одним із найефективніших способів виявлення латентних змінних. Сутність цього методу полягає у тому, що значна кількість первинних змінних (наприклад, шкали різних психодіагностичних методик) зводиться до меншої кількості інтегральних компонент, які зберігають у собі максимальний обсяг початкової інформації. Таким чином, складний багатовимірний масив даних спрощується, набуваючи більшої структурованості та зручності для подальшого аналізу, без суттєвих втрат змісту.

З метою підвищення інтерпретативності та чіткості виділених факторів у дослідженні було застосовано варімакс-обертання. Це ортогональний метод обертання факторної матриці, що дозволяє зробити факторні навантаження максимально вираженими та контрастними. Тобто певні змінні отримують високі навантаження на одному факторі і низькі — на інших, що дає змогу чітко розмежувати фактори між собою та визначити їх змістове наповнення. У психологічних дослідженнях саме варімакс-обертання є найпоширенішим, оскільки воно забезпечує простоту і надійність інтерпретації.

Відбір кількості факторів здійснювався відповідно до критерію Кайзера ($\lambda > 1$), згідно з яким зберігаються лише ті фактори, власні значення яких перевищують одиницю. Цей критерій є одним із найбільш загальноприйнятих і широко використовується у вітчизняних і зарубіжних психологічних дослідженнях.

Таким чином, завдяки факторному аналізу дослідження отримало змогу не лише описати окремі показники, а й виокремити цілісні інтегральні структури – психоемоційну стабільність, соціальну інтеграцію та копінг-ресурси. Це, у свою чергу, забезпечує глибше розуміння механізмів адаптації ветеранів до мирного життя та відкриває можливості для розробки практично орієнтованих програм психологічної реабілітації та соціальної інтеграції. Результати факторного аналізу наведено у таблиці 3.11.

Таблиця 3.11

Результати факторного аналізу показників соціально-психологічної адаптації військовослужбовців (метод головних компонент, Varimax-обертання)

Змінна	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3
Конфронтаційний копінг	0.31	0.34	-0.06
Дистанціювання	0.09	0.54	0.07
Самоконтроль	0.01	0.45	-0.44
Пошук соціальної підтримки	-0.02	-0.05	-0.26
Прийняття відповідальності	0.06	0.14	0.66
Втеча-уникнення	-0.02	0.04	-0.53
Планування вирішення проблеми	-0.25	-0.10	0.52
Позитивна переоцінка	0.24	0.03	0.59
Інтрузії (В)	-0.67	-0.02	-0.18
Уникнення (С)	0.21	0.05	0.41
Негативні зміни (D)	-0.77	-0.26	-0.01
Гіперзбудження (Е)	-0.52	0.61	0.01
Загальний бал	-0.97	0.14	-0.02
Реактивна тривожність (РТ)	-0.02	0.72	0.06
Особистісна тривожність (ОТ)	0.18	0.38	0.38

Як бачимо у таблиці 3.11, результати факторного аналізу, проведеного методом головних компонент із варімакс-обертанням, дозволили виокремити три інтегральні фактори, що сумарно пояснюють понад 47 % загальної дисперсії змінних. Отримана структура демонструє узгодженість психологічних показників і дає змогу виявити латентні компоненти, які лежать в основі процесу соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій.

Перший фактор має найвищі негативні навантаження за шкалами «Негативні зміни» ($-0,77$), «Інтрузії» ($-0,67$), «Гіперзбудження» ($-0,52$) та «Загальний бал ПТСР» ($-0,97$), що свідчить про його тісний зв'язок із посттравматичною симптоматикою. Цей фактор можна інтерпретувати як «Психоемоційна стабільність та рівень посттравматичних проявів»: чим вище значення ПТСР-симптомів, тим нижча емоційна рівноваженість і здатність до саморегуляції.

Другий фактор об'єднує змінні з високими позитивними навантаженнями — «Реактивна тривожність» ($0,72$), «Гіперзбудження» ($0,61$), «Дистанціювання» ($0,54$) та «Особистісна тривожність» ($0,38$). Він відображає «Тривожність і соціальне напруження», тобто схильність до підвищеної збудливості, уникання міжособистісних контактів і станів емоційного перенапруження.

Третій фактор характеризується високими позитивними навантаженнями за шкалами «Прийняття відповідальності» ($0,66$), «Позитивна переоцінка» ($0,59$), «Планування вирішення проблеми» ($0,52$) та «Уникнення» ($0,41$). Це дозволяє інтерпретувати його як «Копінг-ресурси / адаптивні стратегії подолання». Він відображає активну життєву позицію, орієнтацію на усвідомлене вирішення проблем і використання внутрішніх ресурсів для подолання стресу.

Додатково кількість факторів перевірялася за допомогою графіка «каменепад» (scree plot), на якому відображається динаміка спадання власних значень. Результати представлені на рисунку 1.

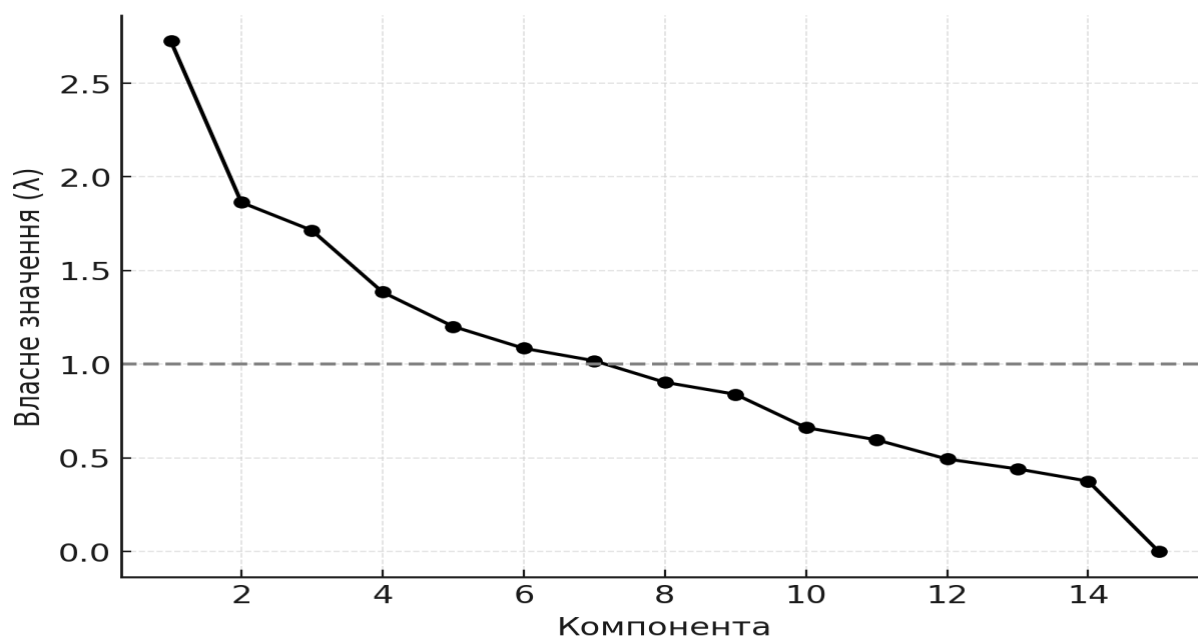


Рис. 1 «Каменепад»

Візуальний аналіз цього графіка дозволив визначити «точку перегину», після якої додаткові фактори пояснюють лише незначну частку дисперсії й не мають суттєвого змістового навантаження. На графіку каменепадку зображено власні значення компонент у порядку їх спадання. Кожна точка відповідає окремій компоненті, виділеній у результаті факторного аналізу. Чітко видно, що перші кілька компонент мають значно вищі власні значення, тоді як наступні поступово зменшуються та наближаються до нуля.

Горизонтальна пунктирна лінія на рівні $\lambda = 1$ позначає критерій Кайзера, відповідно до якого залишаються лише ті компоненти, власні значення яких перевищують одиницю. У нашому випадку цій умові відповідає 7 компонент, проте для зручності інтерпретації було обрано лише 3 основні фактори, оскільки саме вони пояснюють найбільшу частку загальної дисперсії та мають чітке психологічне наповнення.

Таким чином, графік каменепадку підтверджує багатокомпонентну структуру даних, але також демонструє, що переважна частина варіативності зосереджена у перших трьох факторах, які сумарно пояснюють понад 47 % загальної дисперсії досліджуваних показників. Це означає, що більшість варіативності у відповідях респондентів може бути зведена до трьох узагальнених вимірів, які відображають ключові аспекти соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій.

Перший фактор отримав умовну назву «Психоемоційна стабільність» ($\lambda_1 \approx 2.7$) і пояснює близько 20 % загальної дисперсії досліджуваних змінних. До його складу увійшли шкали, що характеризують рівень емоційного комфорту, прийняття себе, низькі прояви тривожності, депресії та симптомів ПТСР. Таким чином, цей фактор відображає внутрішній баланс особистості, здатність до самоконтролю та підтримання позитивного емоційного фону навіть у складних життєвих обставинах. Високі значення за цим фактором свідчать про психологічну зрілість та стійкість до стресу.

Другий фактор був визначений як «Соціальна інтеграція» ($\lambda_2 \approx 2.0$) і пояснює близько 15 % дисперсії сукупності досліджуваних змінних. До його структури з високими факторними навантаженнями увійшли показники прийняття інших, позитивної переоцінки, пошуку соціальної підтримки, відкритість до соціальної

взаємодії, а також готовність шукати й отримувати соціальну підтримку. Це дозволяє інтерпретувати цей фактор як «Соціальна інтеграція».

Він відображає здатність військовослужбовців до побудови конструктивних міжособистісних зв'язків, підтримання соціальної взаємодії та використання соціальних ресурсів як важливих умов адаптації після бойових дій. Цей фактор відображає соціально-комунікативний компонент адаптації, що забезпечує успішне включення ветерана у систему міжособистісних стосунків, відновлення та розширення соціальних ролей, а також формування почуття належності до спільноти.

Третій фактор отримав назву «Копінг-ресурси» має власне значення $\lambda_3 \approx 1.7$ і пояснює близько 12 % загальної дисперсії. Він об'єднав шкали, пов'язані з конструктивними стратегіями подолання стресу: плануванням, позитивною переоцінкою ситуації, пошуком адаптивних способів виходу з проблемних обставин. Цей фактор відображає ресурсний потенціал особистості, спрямований на активне подолання труднощів, і вказує на здатність ветеранів використовувати внутрішні та зовнішні ресурси для підтримки власного функціонування.

Застосування методу головних компонент із варімакс-обертанням, критерієм Кайзера та графіком «каменепад» забезпечило виділення найбільш інформативних і стійких факторів, що дозволило не лише спростити інтерпретацію результатів, а й зробити висновки на більш узагальненому та науково обґрунтованому рівні.

Таким чином, виділені фактори демонструють, що психологічна адаптація учасників бойових дій є багатокомпонентною: вона охоплює не лише індивідуально-емоційний рівень, а й соціально-комунікативні аспекти та стратегії поведінкової регуляції. Це підтверджує комплексний характер процесів адаптації та важливість урахування кожного з вимірів у програмах психологічної реабілітації та соціальної підтримки ветеранів. Отримані результати мають практичне значення для розробки програм психопрофілактики та психологічної реабілітації військовослужбовців, спрямованих на зміцнення емоційної стабільності, розвиток навичок конструктивної взаємодії та формування ефективних копінг-стратегій.

Висновок до розділу 3

1. Дослідження соціально-психологічної адаптації виявило, що більшість досліджуваних характеризуються достатнім рівнем адаптації. Це проявляється у сформованому почутті самоприйняття, емоційній врівноваженості та здатності до конструктивної взаємодії з іншими. У більшості військовослужбовців рівень вираженості занепокоєння, уникнення та пригніченого настрою перебуває в межах помірних значень і не свідчить про наявність клінічно значущих розладів. У молодших досліджуваних відзначено вищу емоційну реактивність і тенденцію до короточасних труднощів адаптації, тоді як у старших переважають ознаки психологічної стабільності та зниження тривожності. Отримані результати свідчать про переважання адаптивних механізмів у більшості учасників бойових дій, що виявляється у збереженні емоційного балансу, соціальної відповідальності та здатності до ефективного подолання стресових ситуацій у процесі переходу до мирного життя.

2. Аналіз рівнів посттравматичних проявів показав, що у значної частини досліджуваних спостерігаються помірні прояви інтрузій, гіперзбудження та негативних когнітивних змін, однак загальний рівень ПТСР не перевищує клінічно значущих меж. Виявлено, що молодші учасники (18–25 років) частіше демонструють емоційну реактивність, тоді як старші (26–50 років) схильні до підвищеного самоконтролю, але водночас до накопичення напруги.

3. Вивчення орієнтації на подолання стресових ситуацій свідчать про перевагу адаптивних копінг-стратегій у більшості респондентів. Найчастіше використовуються самоконтроль, планування вирішення проблеми, позитивна переоцінка. Водночас серед молодших учасників частіше трапляються стратегії втечі-уникнення, що може свідчити про недостатній досвід емоційної саморегуляції. Старші комбатанти демонструють вищу орієнтацію на прийняття відповідальності та пошук соціальної підтримки, що вказує на зрілість адаптаційних механізмів. Загалом результати підтверджують, що ефективні копінг-стратегії є ключовим чинником психологічної стабільності ветеранів.

4. Проведений факторний аналіз дозволив виокремити три інтегральні фактори, що узагальнюють взаємозв'язки між досліджуваними показниками соціально-психологічної адаптації військовослужбовців. Сукупно вони пояснюють приблизно 47 % загальної дисперсії та відображають провідні напрями функціонування адаптаційних механізмів. Визначення цих факторів має важливе значення для даного дослідження, оскільки дозволяє перейти від опису окремих показників до розуміння цілісної структури адаптації ветеранів. Виділення фактора психоемоційної стабільності дає змогу оцінити внутрішній потенціал саморегуляції та стресостійкості; фактора соціальної інтеграції — визначити роль міжособистісних зв'язків і соціальної підтримки у процесі відновлення; фактора копінг-ресурсів — виявити рівень сформованості адаптивних стратегій поведінки та самоконтролю. Встановлені фактори не лише поглиблюють розуміння механізмів соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій, а й створюють емпіричну основу для розроблення психокорекційних і реабілітаційних програм, спрямованих на підвищення стійкості, ефективності саморегуляції та соціальної інтегрованості ветеранів.

ВИСНОВКИ

У межах дослідження було висунуто гіпотезу: якщо рівень соціальної адаптації учасників бойових дій зростає, то рівень їх психологічної адаптації також зростає. Проведене дослідження підтвердило висунуту гіпотезу про наявність тісного взаємозв'язку між рівнем соціальної та психологічної адаптації учасників бойових дій: підвищення соціальної інтегрованості, залученості до міжособистісних контактів і суспільного життя супроводжується покращенням показників психологічної стійкості, самоприйняття, емоційного балансу та здатності до ефективного подолання стресових ситуацій.

1. Проаналізовано науково-теоретичні підходи до вивчення процесів психологічної адаптації та соціалізації військовослужбовців після бойових дій. Виявлено, що психологічна адаптація та соціалізація військовослужбовців після бойових дій є комплексними та динамічними процесами, які охоплюють емоційні, когнітивні, поведінкові та соціальні аспекти функціонування особистості. Психологічна адаптація розглядається як внутрішній механізм відновлення психічної рівноваги після переживання травматичних подій та забезпечує можливість особистості відновити здатність до саморегуляції, стабілізувати емоційний стан і повернутися до ефективного функціонування у повсякденному житті. Соціалізація є процесом активного пристосування до нових умов мирного життя, що передбачає відновлення соціальних зв'язків, включення у професійне середовище та формування нової соціальної ідентичності. Її успішність зумовлюється поєднанням індивідуально-психологічних (стресостійкість, саморефлексія), соціально-психологічних (підтримка родини, соціальне прийняття) та організаційно-реабілітаційних чинників (доступ до допомоги, державні програми підтримки ветеранів). Ефективна реабілітація має бути комплексною, охоплювати психодіагностику, консультування, психотерапію, групову роботу й соціально-економічну підтримку. Важливим чинником успішної соціалізації є позитивне ставлення суспільства до ветеранів і створення сприятливого середовища для їх самореалізації.

2. Вивчено особливості соціально-психологічної адаптації військовослужбовців. Проведені дослідження довели, що більшість військовослужбовців демонструють позитивний рівень соціально-психологічної інтегрованості. Показники адаптації перевищують рівень дезадаптації, що свідчить про наявність внутрішніх ресурсів для ефективного функціонування у соціальному середовищі після демобілізації. Виявлено тісний позитивний зв'язок між рівнем емоційного комфорту, самоприйняття та інтернальності (самоконтролю) — і загальною адаптованістю. Підвищення показників тривоги, депресії та симптомів ПТСР, навпаки, знижує рівень соціально-психологічної адаптації, формуючи ризик дезадаптивної поведінки. Значущим стабілізуючим фактором виступає соціальна підтримка — відчуття прийняття, розуміння та залученості у взаємодію з оточенням. Учасники, які мали стійкі сімейні й дружні зв'язки, виявили кращу інтеграцію у мирне життя та нижчий рівень дистресу. Були виявлені вікові відмінності: молодші військові (18–25 років) характеризуються вищим рівнем емоційної стабільності й психологічної пластичності, що зумовлює кращу пристосованість до змін умов життя. Натомість старші військовослужбовці (26–50 років) мають розвиненіші копінг-ресурси, проте частіше виявляють ознаки емоційного виснаження.

3. Визначено наявність гострого стресового розладу у військовослужбовців. У більшості військовослужбовців виявлено помірні або помірно-виражені ознаки гострого стресового розладу (ГСР). Це свідчить про наявність психологічного напруження, однак у межах компенсаторних можливостей психіки, що підлягають корекції засобами психопрофілактики та підтримувальної терапії. Молодші військовослужбовці (18–25 років) демонструють короточасні реакції гострого стресу з тенденцією до швидкого відновлення функціонального стану. У старших — (26–50 років) симптоми мають більш затяжний характер, що пов'язано з тривалішим бойовим досвідом і накопиченням психоемоційного виснаження. Виявлено кореляційні зв'язки: між рівнем ГСР і показниками емоційного комфорту, самоприйняття та інтернальності. Це підтверджує: чим нижчі рівні самоконтролю та емоційної стабільності, тим більш виражені симптоми гострого стресового розладу. Гострий стресовий розлад серед військовослужбовців є

поширеним явищем, яке виникає як нормальна реакція психіки на екстремальні бойові умови. Водночас своєчасне виявлення і психологічна підтримка є ключовими для запобігання розвитку посттравматичних патологічних станів.

4. Досліджено виразність симптомів ПТСР серед військовослужбовців. У значної частини військовослужбовців гострий стрес переходить у відстрочену або хронічну форму — початкові прояви ПТСР. Це виявляється у поєднанні інтрузій, емоційного оціпеніння та гіперзбудження, що вимагає цілеспрямованого психологічного супроводу. Було виявлено вікові особливості: молодші військовослужбовці (18–25 р.) частіше проявляють емоційно-афективні реакції (інтрузії, уникнення), тоді як у старших (26–50 р.) переважають когнітивні й соматичні порушення (зміни у сприйнятті, гіперзбудження, порушення сну). Це пояснюється різницею в життєвому досвіді та механізмах подолання стресу. Також виявлено зворотний зв'язок між вираженістю симптомів ПТСР та рівнем соціально-психологічної адаптованості: чим вищий рівень інтрузій, депресивності й гіперзбудження, тим нижчий рівень емоційного комфорту, самоприйняття й довіри до оточення. Це свідчить, що ПТСР є одним із головних чинників дезадаптації ветеранів. Симптоми ПТСР мають помірну інтенсивність, однак несуть ризик хронізації без цілеспрямованої психокорекції. Необхідними є програми психологічної підтримки та реінтеграційної терапії, спрямовані на опрацювання травматичного досвіду, розвиток навичок саморегуляції й підвищення рівня соціальної адаптації.

5. У більшості військовослужбовців виявлено помірний рівень тривожності та низько-помірний рівень депресії, що свідчить про наявність емоційного напруження й адаптаційного виснаження без клінічних проявів. Реактивна тривожність відображає тимчасову відповідь на невизначеність та підвищене навантаження, тоді як особистісна зумовлена внутрішнім напруженням і зниженням емоційного комфорту. Депресивні симптоми мають переважно астеничний характер і проявляються у зниженні активності, втомлюваності та апатії. Підвищення рівня тривоги й депресії супроводжується зниженням соціально-психологічної адаптації: чим вищий рівень емоційної напруги, тим нижча здатність до саморегуляції та інтеграції у соціум. У молодших військових

переважає ситуативна тривожність, у старших — стійкі депресивні тенденції, пов'язані з емоційною втомою та пережитим досвідом. Загалом тривожність і депресія виступають основними емоційними індикаторами адаптаційних труднощів військовослужбовців, що потребують своєчасної профілактики й психологічної підтримки, спрямованої на формування конструктивних копінг-механізмів і відновлення емоційної рівноваги.

6. Досліджено наявність навичок подолання стресових ситуацій у військовослужбовців. У процесі дослідження виявлено вікові відмінності у використанні копінг-стратегій військовослужбовцями. Молодші учасники частіше застосовують емоційно-захисні та соціально орієнтовані способи подолання стресу, що свідчить про активне, але менш усвідомлене реагування на труднощі та залежність від зовнішньої підтримки. Старші військовослужбовці характеризуються більш зрілими, когнітивно орієнтованими стратегіями, заснованими на раціональному аналізі ситуації, самоконтролі та внутрішній автономності. Такі відмінності відображають поступовий розвиток стресостійкості, емоційної врівноваженості та психологічної зрілості з віком і досвідом служби. Кореляційний аналіз показав, що використання конструктивних копінгів позитивно пов'язане з показниками прийняття себе, емоційного комфорту та загальної адаптованості, тоді як унікальні або емоційно-реактивні стратегії знижують ефективність адаптаційних процесів. Це підтверджує, що саме навички усвідомленого подолання стресу виступають ключовими чинниками соціально-психологічної адаптації військовослужбовців і підвищують ефективність їх психологічної стійкості.

Перспективи подальших досліджень: є розробка інноваційних методів психологічної підтримки із використанням цифрових технологій. Отримані результати мають як наукову, так і практичну цінність, оскільки поглиблюють розуміння механізмів адаптації та можуть стати основою для створення ефективних програм психосоціальної реабілітації ветеранів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Безшейко В. Г. Адаптація шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника «Перелік симптомів ПТСР» для української популяції. *НейроNEWS*. 2018. № 3. С. 30–31.
2. Блінов О. А. *Бойова психічна травма: монографія*. Київ : Талком, 2019. 700 с.
3. Боднар С. І. (Яскілко). *Тест «Шкала реактивної і особистісної тривожності» Спілбергера–Ханіна*. Тернопіль : Західноукраїнський нац. ун-т, 2018. С. 115–116.
4. Буряк О. О., Гіневський М. І. Соціальна адаптація армії України до нових умов існування. *Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил*. 2014. Вип. 4. С. 160–166.
5. Галецька І. Психологічні чинники соціальної адаптації. *Соціогуманітарні проблеми людини*. 2005. Вип. 1. С. 91–100.
6. Дмитренко Г. М. Психологічна реабілітація учасників АТО: види діяльності практичного психолога. *Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: зб. наук. праць*. 2016. № 5. С. 248–252.
7. Журавльова М. А. Соціально-психологічна адаптація учасників бойових дій: чинники впливу та напрями психологічної допомоги. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Психологія*. 2018. Вип. 3. С. 45–53.
8. Ільїн В. Повернення з війни: психологічна допомога ветеранам. *Український медичний часопис*. 2021. Вип. 9. С. 45–47.
9. Кабінет Міністрів України. *Про схвалення Стратегії ветеранської політики на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2024–2027 роках: Розпорядження від 29 листопада 2024 р. № 1209-р. Офіційний вісник України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1209-2024-%D1%80#Text>*
10. Козирєва Г.Ю., Скворчевська Є.Л. Особливості психосоціальної адаптації учасників бойових дій. *Міжнародний науковий журнал «Грааль науки»*. 2025.

Вип. 58. С. 985-990. URL: <https://archive.journal-grail.science/index.php/2710-3056/issue/view/14.11.2025/46>

11. Козирєва Г.Ю., Скворчевська Є.Л. Вікові особливості рівню тривожності та копінг-стратегій у контексті психосоціальної адаптації учасників бойових дій. *IX Міжнародна науково-практична конференція «The process and dynamics of the scientific path»*. 2025. С. 213-216.
URL: <https://previous.scientia.report/index.php/archive/issue/view/07.11.2025>
12. Кокун О. М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: *монографія*. Київ : Міленіум, 2004. 265 с.
13. Костіна О. Л. Психологічні механізми подолання бойового стресу у військовослужбовців. *Збірник наукових праць Київського інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України*. 2020. С. 112-120.
14. Котвіцька А. А., Кононенко Н. М., Чікіткіна В. В. Основні напрямки медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2022. Вип. 6. С. 91–96.
15. Крамар Т. В., Скляренко О. Є. Світовий досвід реабілітації та адаптації військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. *Вчені записки Таврійського національного університету ім. В. І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2024. Вип. 4. С. 143–148.
16. Куркова К. М., Луценко-Миськів Л. І. Соціальна адаптація військовослужбовців у післявоєнний період. *Право та державне управління*. 2024. Вип. 1. С. 309–316.
17. Лебедева С. Ю., Овсяннікова Я. О., Похілько Д. С. Психологічна допомога та реабілітація учасників збройних конфліктів та фахівців ризиконебезпечних професій: світовий досвід. *Габітус*. 2023. Вип. 45. С. 139–145.
18. Лесков В. О., Грязнов І. Сутність і причини виникнення нервово-психічних розладів. *Збірник наукових праць Інституту психології*. 2006. № 3. С. 91–97.
19. Міністерство у справах ветеранів України. *Організація ветеранських груп самопомогі «рівний – рівному»: рекомендації місцевим органам влади та лідерам громад*. Київ, 2021. 20 с. URL: <http://surl.li/ihpsy>.

20. Мітіна С.В. Методи математичної статистики у психологічних дослідженнях: навчально-методичні рекомендації до написання кваліфікаційних робіт для здобувачів закладів вищої освіти спеціальності «Психологія». Київ: Вид-во ТНУ, 2024. 63 с.
21. Орловська О. Особливості адаптації військовослужбовців до умов цивільного життя. *Молодий вчений*. 2019. Вип. 8. С. 45–49.
22. Осьодло В. І., Хміляр О. Ф. Психологічна допомога військовослужбовцям: досвід армії Ізраїлю. *Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю*. Київ, 2016. № 3. С. 80–83.
23. Офіс першої леді, МОЗ та партнери. *Національна програма психічного здоров'я та психосоціальної підтримки*. URL: <https://howareu.com/> (дата звернення: 30.05.2025).
24. Психологічна реабілітація військовослужбовців. Асоціація ресурсної психології та психотерапії. URL: <https://arpp.com.ua/articles/psychological-rehabilitation-of-military-personnel/> (дата звернення: 04.06.2025).
25. Різун С. І. Посттравматичний стресовий розлад як проблема сучасної війни. *Український військовий журнал*. 2018. № 3. С. 62–66.
26. Роджерс К., Даймонд Р. Методика визначення рівня соціально-психологічної адаптації (у адаптації М. В. Лемак, В. Ю. Петрище). *Психологу для роботи: діагностичні методики*. Ужгород: Вид-во О. Гаркуші, 2012. С. 52–57.
27. Сиропятов О., Дзеружинська Н., Шемчук О., Марущенко К. Концепція медико-психологічного супроводу військовослужбовців Збройних Сил України. *Вісник НУОУ*. 2020. № 3. С. 102–111.
28. Фельдман А. О. Інтерв'ю. *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2015. Вип. 9 (73). С. 6–8.
29. Чабан О. С., Хаустова О. О. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2022. Вип. 4 (150). С. 1–11.

30. Чабан О. С., Хаустова О. О., Омелянович В. Ю. *ADNM-20 (Розлад адаптації) — українська практика застосування*. У кн.: *Психічні розлади воєнного часу: монографія*. Київ : НМУ ім. О. О. Богомольця, 2023. С. 137–141.
31. Шемчук В. А., Шемчук О. М. Актуалізація проблеми ментального здоров'я у Збройних Силах України. *Військова освіта і наука: сьогодення та майбутнє: зб. тез доповідей XIX Міжнар. наук.-практ. конф.* 2023. С. 202–203.
32. Шелкошвеев І. В., Солохіна Л. О. *Особистість, суспільство, війна: зб. тез доповідей учасників міжнародного психологічного форуму*. Харків : Харківський національний університет внутрішніх справ, 2023. С. 249–251.
33. Яблонська Т., Верник О. Українська адаптація опитувальника Brief-COPE. *Інсайт: психологічні виміри суспільства*. 2023. № 10. С. 66–89.
34. Butler J. Veteran Reintegration and the Role of Social Support Networks. *Military Psychology Review*. 2012. № 24 (2). P. 143–155.
35. Gal R., Jones F. D. A psychological support system for Israeli Defense Forces: A model for care during and after combat. *Military Medicine: International Journal of AMSUS*. 1995. № 160 (10). P. 527–532.
36. Hoge C. W., Castro C. A., Messer S. C., McGurk D., Cotting D. I., Koffman R. L. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine*. 2004. № 351 (1). P. 13–22.
37. Zivin K., Kim H. M., McCarthy J. F. et al. Suicide mortality among individuals receiving treatment for depression in the Veterans Affairs health system: associations with patient and treatment setting characteristics. *American Journal of Public Health*. 2007. № 97 (12). P. 2193–2198.

АНОТАЦІЯ

У кваліфікаційній роботі здійснено комплексне дослідження психологічної адаптації та соціалізації учасників бойових дій у період їхнього повернення до умов мирного життя. Емпіричне дослідження включало оцінку соціально-психологічної адаптованості, рівня тривожності, симптомів ПТСР, проявів дезадаптації та особливостей копінг-стратегій у військових двох вікових груп (18–25 і 26–50 років). Для діагностики застосовано стандартизований психодіагностичний комплекс, що дозволив оцінити як внутрішні (емоційні, когнітивні, поведінкові), так і зовнішні (соціально-комунікативні) компоненти адаптаційних процесів. За результатами аналізу виявлено виражені труднощі емоційної регуляції, підвищену тривожність, ознаки дезадаптивних стресових реакцій та різні за якістю типи подолання стресових ситуацій.

На основі кореляційного аналізу встановлено, що підвищення рівня соціальної адаптації пов'язане зі зростанням психологічної стійкості, самоприйняття й емоційного комфорту. Статистично значущі відмінності між віковими групами свідчать про те, що молодші військові демонструють більш емоційно-реактивні моделі адаптації, тоді як старші - більш стабільні та контрольовані, але водночас мають вищий ризик накопичення хронічної емоційної втоми. Факторний аналіз дозволив виокремити ключові структурні компоненти адаптаційного процесу: емоційно-регуляторний, соціально-комунікативний та копінг-адаптивний, що концептуально доповнюють теоретичні моделі адаптації військовослужбовців.

Отримані результати мають практичне значення для системи психологічної реабілітації та соціальної підтримки ветеранів. Вони можуть бути використані для вдосконалення індивідуальних планів психологічної допомоги, розроблення програм соціальної інтеграції та формування ефективних стратегій стрес-подолання у військовослужбовців після участі в бойових діях.

Ключові слова: психологічна адаптація, соціальна адаптація, соціалізація, учасники бойових дій, ПТСР, тривожність, копінг-стратегії, дезадаптація, реабілітація.

ABSTRACT

In the qualification research, a comprehensive study was conducted on the psychological adaptation and socialization of combatants during their return to peaceful civilian life. The empirical study included an assessment of socio-psychological adaptability, levels of anxiety, PTSD symptoms, signs of disadaptation, and the characteristics of coping strategies among service members in two age groups (18–25 and 26–50 years). A standardized psychodiagnostic complex was used for diagnosis, which allowed assessing both internal (emotional, cognitive, behavioral) and external (social and communicative) components of adaptation processes. The analysis revealed pronounced difficulties in emotional regulation, increased anxiety, signs of maladaptive stress reactions and qualitatively different types of coping with stressful situations.

Based on correlation analysis, it was established that improved social adaptation is associated with increased psychological resilience, self-acceptance, and emotional comfort. Statistically significant differences between age groups indicate that younger service members demonstrate more emotionally reactive adaptation patterns, while older ones show more stable and controlled patterns, yet at the same time face a higher risk of accumulating chronic emotional fatigue. Factor analysis made it possible to identify key structural components of the adaptation process: emotional-regulatory, social-communicative, and coping-adaptive, which conceptually expand existing theoretical models of adaptation combatants .

The findings have practical value for the system of psychological rehabilitation and social support of veterans. They may be applied to improve individualized psychological assistance plans, develop social reintegration programs, and enhance effective stress-coping strategies among military personnel returning from combat.

Keywords: psychological adaptation, social adaptation, socialization, combatants, PTSD, anxiety, coping strategies, maladjustment, rehabilitation.